This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
EX DONO

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH, DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTAŁOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

EINUNDVIERZIGSTER BAND.

1905.
JULI BIS DEZEMBER.

MIT 6 TAFELN UND 18 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1905.

BOSTON MEDICAL
AUG 2 1906
LIBRARY.

CATALOGUED
AUG 2 1906
E. H. B.

Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

	Seite
Resultate der Lichtbehandlung bei Alopecia areata, von Kromayer	1
Über Erkrankung des Nebenhodens im Frühstadium der Syphilis, von J. Ullmann	10
Erwiderung zu dem Aufsatz von Dr. Vehmeyer über das Unterschenkelgeschwür, von Caesar Philip	15
Histologische Untersuchung eines Falles von Naevus linearis verrucosus unilateralis (Naevus nervosus s. Naevus systematisatus), von Menahem Hodara	39
Über den Einschluss von Elastin und Elacin in das Epithel und einen Elacinbefund bei der Gilchristschen Krankheit, von P. G. Unna	77
*Das Abstoßen des Nagels, von Moriz Porosz	82
Die sogenannte Blastomykose der Haut, von Friedrich Krause 128. 193. 299.	601
Kurze Mitteilung über das weitere Schicksal meines Falles von Sarcoma cutis idiopathicum multiplex haemorrhagicum, von Arthur Jordan	200
Spirochaete pallida Schaudinn in syphilitischen Erscheinungen, von Fr. Krzysztalowicz und M. Siedlecki	231
*Eczemform bei Hautkrankheiten, von Dreuw	241
Zur Mikrophotographie, von Dreuw	306
Die Darstellung der sauren Kerne in normalem und pathologischem Gewebe, von P. G. Unna	353
Die Zusammensetzung des Tuberkelbazillenschleims. Zur Anatomie der Papageientuberkulose, von Ernst Delbanco	368
Zur Kenntnis der Mykosis fungoides, von Alfred Brandweiner	415
Die Desmoplasie der Epithelzellen in der menschlichen Haut. Erste Mitteilung von Kromayer	477
Zur Frage des Vorkommens der Talgdrüsen am inneren Blatte des Präputiums, Rudolf Paschkis	488
Über saure Kerne in der normalen Haut, von Hermann Hensel	531
Über einen eigenartigen Fall von Syphilis haemorrhagica bei einem Erwachsenen, von Wilhelm Weitz	544
Über Santyl, ein neues Antigonorrhoicum, von R. Kaufmann	555
Über das Verhältnis des Lymphgefäßsystems bei (primärer) syphilitischer Infektion bei Weibern, von R. Bergh	614

Versammlungen.

Se
Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Felix Pinkus. 51. 5
Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Originalbericht von J. Pollitzer 147. 2
Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 34. Kongreſs 4
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Arth. Jordan 6

Fachzeitschriften.

Monatsberichte für Urologie 18. 57. 93. 256. 375. 5
The British Journal of Dermatology 20. 208. 384. 5
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 20. 59. 257. 377. 4
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 22. 98. 317. 378. 4
Dermatologische Zeitschrift 53. 90. 156. 251. 373. 6
Lepra 1
Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene 58. 94. 254. 491. 5
Annales des maladies des organes génito-urinaires 60. 164. 201. 497. 569. 6
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique .. 65. 97. 258. 571. 6
Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes 66. 100. 168.
— — — 314. 378. 571. 6
Revue pratique des maladies des organes genito-urinaires 67. 3
Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle... 69. 104. 177. 5
Archiv für Dermatologie und Syphilis 88. 150. 247. 368. 4
Dermatologisches Centralblatt 90. 155. 250. 490. 6
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary diseases 95. 170. 264. 315. 381. 4
La Syphilis 101. 205. 260. 502. 6
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 105. 267. 5
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 154. 372. 5
Mitteilungen aus Finsens Medicinske Lysinstitut in Kopenhagen, deutsche Ausgabe 1
Mitteilungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 159. 4
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 164. 493. 565. 6
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 171. 263. 386. 495. 6
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma 2
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 210. 5
Russische Zeitschrift für Dermatologie 4

Bücherbesprechungen.

Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder, III. Band, 1. Heft 2
Diagnose und Therapie des Ekzems. I. Teil: Diagnose, von Jessner 2
Hygiene der Haut, Haare und Nägel im gesunden und kranken Zustande, von E. Riecke 2
Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung, von Waldvogel 2
Ergebnisse von 240 operierten Lupusfällen nebst Bemerkungen zur modernen Lupusbehandlung, von Ludwig Spitzer und Alfred Jungmann 10
Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche, von S. R. Hermanides 10
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von M. Joseph 110. 26
Das Radium und die Radioaktivität, von Paul Bessou 17
Krankheiten und Ehe, von H. Senator und S. Kaminer 17
Die Prostitution in Toskana und Sardinien, von Mantegazza und Ciuffo 17
Studien über die Albuminoide mit besonderer Berücksichtigung des Spongins und der Keratine, von Eduard Strauss 21
Das Radium und die radioaktiven Stoffe, von Karl von Papius 21

Seite
Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mračeк 218. 637
Die Stellung des Arztes im bürgerlichen Rechtsleben, von Hellwig 218
Dermatologische Heilmittel, von Jessner 214
Handbuch der Physiologie des Menschen, von W. Nagel 268. 639
Handbuch der Cystoskopie, von Leopold Casper 387
Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, von Ernst Finger 388
Die Chemie im täglichen Leben, von Lassar-Cohn 388
Handbuch der Urologie, von Anton von Frisch und Otto Zuckerkandl .. 388
Mitteilungen aus der Abteilung für Lichtbehandlung im Krankenhause St. Göran in Stockholm, von Magnus Möller 449
Die angioneurotische Entzündung, von K. Kreibich 449
Akute, ansteckende Krankheiten, von William M. Welch und Jay F. Schamberg 507
Der Einfluss des Alkohols auf das Geschlechtsleben, von Magnus Hirschfeld . 509
Grundriss der Semiotik des Harns, von St. Serkowski 509
Die Anwendung des Lichtes in der Medizin. Mit besonderer Berücksichtigung von Prof. Finsens Lebenswerk, von V. Bie 510
Diagnose und Behandlung der venerischen Krankheiten und ihrer Komplikationen beim Manne und Weibe, von M. von Zeissl 510
Die Vergiftungen, von O. von Boltenstern 574
Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts 575
Medizinal-Kalender für das Jahr 1906 637
Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft, von Benjamin Tarnowsky 639
Prostitution und Prostituierte, von Willy Hellpach 639
Die Perversen, von Iwan Bloch 640

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Beitrag zur Untersuchung des Tastsinnes, von Josef Gussmann 90
Beitrag zur Kenntnis des Pigmentes, von Hans Vörner 91. 252
Ist die bakterizide Wirkung des Lichts ein Oxydationsprozeſs? von Waldemar Bie 158
Über den Einfluss des Lichtes auf tierisches Gewebe, von Dreyer und Jansen 159
Die Wirkung des konzentrierten elektrischen Bogenlichts auf Chymosin, Chymosinogen und Antichymosin, von Schmidt-Nielsen 159
Die Entwicklungsgeschichte des Deckhaares der weiſsen Maus (Mus musculus, varietas alba), von R. Oyama 177
Untersuchungen über die Lebensfähigkeit von Epidermiszellen, von Heinrich Flörcken 178
Mitteilungen zur Anatomie und Klinik des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut nach mikroskopischen Untersuchungen an verschiedenen Altersstadien, von Theodor Dependorf 178
Über die Durchlässigkeit der Cuticula, von Johannes Karl Göbel 178
Über die Resorption des Silbers von der Haut aus, von I. Bamberger 178
Beitrag zum Studium der Resorption durch die Haut, von A. Ziveri 178
Lichterscheinungen nach Reibung der menschlichen Haut mit Glühlampen, von Sommer 179
Menschliche Haut und Elektrizität, von Otto Neustätter 179
Über Hautsinnesorgane neben dem menschlichen Haar (Haarscheiben) und ihre vergleichend anatomische Bedeutung, von Felix Pinous 180
Die Talgdrüsen und ihre Sekretion. Anatomisch-physiologische Studie, von Hans Bab 180
Über die Funktion der Talgdrüsen und deren Beziehung zum Fettstoffwechsel, von A. Buschke und Arthur Fränkel 181

Seite

Amöbismus und Phagocytose der Leukocyten des Trippereiters, von M. Favre . 181
Beitrag zur Kenntnis der Nävuszellen und der Nävustumoren, von J. H. Zaaijer 182
Die Bedeutung des Pigments für die hellfarbigen Menschenrassen, von F. B. Solger 253
Der Einfluss des Jodkaliums auf die Widerstandsfähigkeit der Blutflüssigkeit gegenüber dem Staphylococcus albus, von G. T. Western 384
Zur Kenntnis der färbbaren Körnchen in den Schweißdrüsen, von Marie Wersiloff 510
Über den Befund der Hornperlen und ihre diagnostische Bedeutung, von Hugo Friedmann 512
Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigmentes, von Georg Grund 513
Lichterscheinungen nach Reibung der menschlichen Haut mit Glühlampen. Bemerkungen zu der Mitteilung von Professor Sommer, von Rudolf Lohnstein 515
Erwiderung von Robert Sommer 515

Mikroskopie.

Zur Histologie der Radio-Epithelitis. Die Wirkung der X-Strahlen auf die normale Epidermis und das epitheliomatöse Gewebe, von E. Dalous und J. Lasserre 20
Über Arsenvergiftung aut Grund einer mikrochemisch-histologischen Methode, von J. Justus 53
Über die Natur der nach der Justusschen Methode des Quecksilbernachweises in den Geweben erhaltenen Niederschläge, von Conrad Siebert 85
Elementare Winke über die wichtigsten, zum Studium der Dermatologie notwendigen allgemeinen histologischen Untersuchungen, von d'Amato 105
Über Gonokokkenfärbung mit spezieller Berücksichtigung der klinischen Praxis, von Friedrich Schmid 182
Über spezifische Agglutination von Streptokokken aus Scharlachanginen und extrabuccalem Primäraffekte, von Edwin Rossiwall und Béla Schick 182
Über Reinkultur von Ulcus molle-Bazillen, von Fritz Fischer 182
Ein neues Trichophyton mit violettfarbiger Kultur, in Flandern beobachtet, von A. Minne 182
Spirochätenuntersuchungen, von Spitzer 248
Mikroskopischer Befund nach einer bipolaren Elektrolyse, von Ch. Audry 318
Ein einfaches Mittel, die Gonokokken im Präparat zu färben, von Morel und Dalous 318
Bemerkungen zu den Methoden der Mikroorganismenfärbung von Waelsch und von Kraus, von Richard Fischel 371
Einige Bemerkungen zu Sieberts Aufsatz: Über die Natur der nach der Justusschen Methode des Quecksilbernachweises in den Geweben erhaltenen Niederschläge, von Eugen Kassai 489
Zur Technik der Kromayerschen Epithelfaserfärbung, von Richard Fischel .. 515
Eine Vereinfachung und Vervollkommnung meiner Methylenazur-Methylenblau-Eosin-Färbemethode zur Erzielung der Romanowsky-Nochtschen Chromatinfärbung, von G. Giemsa 515
Bemerkungen zur Färbung der Spirochaeta pallida, von G. Giemsa 515
Zur Färbung der Spirochaeta pallida, von Karl Reitmann 516
Über Riesenzelleneinschlüsse, von Lombardo 574

Bakteriologie.

Die Symbiosis Fuso-spirillaris, von H. Vincent 59
Ist die bakterizide Fähigkeit des Lichtes auf eine direkte Einwirkung auf die Bakterien oder auf eine indirekte Einwirkung durch Entwicklung eines bakteriziden Stoffes im Nährsubstrate zurückzuführen? von Waldemar Bie 158
Über die Verteilung bakterientötender Strahlen im Spektrum des Kohlenbogenlichts, von Sofus Bang 159
Der Lebenslauf des Mikroorganismus der Dermatitis coccidioides, von S. B. Wolbach 172
Über das Verhalten der Kulturen des Typhusbacillus in Berührung mit Blutserum von Syphilitikern und Individuen mit Hauttuberkulose, von Lanzi 210
Mikrosporon furfur in den Nägeln, von Terzaghi 210
Ein neuer Nährboden für die Gonokokkenkultur, von E. Kusunoki 211
Über das Vorkommen des Eberthschen Bacillus im Harn Typhuskranker, von L. Fornaca und L. Meille 380

Seite

Die Biologie des Mikroorganismus der Aktinomykosis, von James Horner Wright ... 516
Über die künstliche Natur des Hansenschen Bacillus aufserhalb des menschlichen Organismus, von Gravagna ... 516
Zur Frage des Gonokokkenwuchses auf einfachem Fleischpeptonagar, von Rotmann 516
Über die Möglichkeit, Verwechselungen mit dem Smegmabacillus bei der Diagnose von Urogenitaltuberkulose zu vermeiden. Eine experimentelle Untersuchung, von H. Y. Young und J. W. Churchman ... 517

Hygiene.

Bericht über den II. Kongrefs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Ries ... 59
Eigenschaften und Gefahren der venerischen Krankheiten. Ratschläge zur Vermeidung derselben, von L. Butte ... 66
Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Entwurf zu einer Organisation der sanitären Überwachung, von L. Butte ... 97
Zur Aufklärung der Jugend über geschlechtliche Dinge in der Schule ... 160
Vom internationalen abolitionistischen Kongrefs in Dresden, 22. bis 24. September 1904, von Kampffmeyer ... 160
Schreiben des Vorsitzenden Geh. Rat Neisser an die beiden anderen Vorstandsmitglieder der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 161
Zweiter Kongrefs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 162
Die Wohnungsmifsstände im Prostitutions- und im Schlafgängerwesen und ihre gesetzliche Reform, von Paul Kampffmeyer ... 162
Über sexuelle Abstinenz, von L. Loewenfeld ... 164
Geschlechtskrankheiten und Ehe, von John N. Upshur ... 170
Über die Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. Lesser 183
Die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, von Berger ... 183
Zur Frage der sexuellen Belehrung der Jugend, von Wilhelm Gräffner ... 184
Zur Statistik der venerischen Erkrankungen unter spezieller Berücksichtigung der in der Hautklinik zu Leipzig in den Jahren 1897—1902 inklusive behandelten Patienten, von Clemens Einhaus ... 184
Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von O. Grosse ... 254. 521
Epilog zum zweiten Kongrefs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten am 17. und 18. März in München, von Frhr. von Notthaft ... 254
Erwiderung auf Dr. Otto Grosses Arbeit „Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten", von Blokusewski ... 256
Entwurf zu einer medizinischen Reglementierung der Prostitution, von J. Janet 258
Die soziale Prophylaxis und die Ärzte, von Prince A. Morrow ... 382
Dürfen Krankenkassen hygienische Kongresse beschicken? ... 491
Naturzweck, von Hans Ferdy ... 491
Die Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs seitens des Arztes ist unzulässig, von Benninghoven ... 492
Persönliche Ansichten über die Mafsregeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. von Düring ... 493. 565
Hygiene in den Frisier- und Rasierstuben, von G. Merzbach ... 517
Der persönliche Schutz vor geschlechtlicher Infektion, von Feistmantel ... 518
Ein Beitrag zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Tandler ... 519
Vorschläge für eine behördliche Überwachung der Geschlechtskrankheiten, von George M. Kober ... 520
Die sanitäre und moralische Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Prince A. Morrow ... 520
Die Prostitutionsfrage für europäische Heere auf asiatischen Kriegsschauplätzen, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse während des chinesischen Feldzuges 1900/01, von Emil Schulz ... 521
Noch einmal: Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? von M. Marcuse ... 564
Alkohol und Geschlechtsleben, von Georg Rosenfeld ... 567
Die Reglementierung der Prostitution, von Friedrich Hammer ... 628

Seite

Abänderung des § 300 des Reichsstrafgesetzbuches und das ärztliche Anzeigerecht in ihrer Bedeutung für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Neisser ... 629
Ärztliches Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten, von Bernstein ... 630
Ärztliches Berufsgeheimnis und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Max Flesch ... 630

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Bericht über die von Gaucher geleiteten Mittwochs-Polikliniken des Hôpital Saint-Louis ... 22. 440
Eigentümliche Veränderung der Haut über einer Meningocele, von M. Wolters 156
Über die Pathogenese des Buchweizen-Exanthems. von Gunni Busk ... 159
Über die Beziehungen gewisser Hautkrankheiten zueinander und zu Änderungen im Gefäßsystem, von James Nevins Hyde und McEwen ... 171
Beobachtungen über einige Hohlhandausschläge, von Henry W. Stelwagon .. 173
Über chronische Hautkrankheiten, von Robert M. Sterrett ... 186
Über die Rolle des Staphylococcus aureus und des Bacillus pyocyaneus bei einigen Dermatosen, von Mantegazza ... 186
Beitrag zur traumatischen Entstehung der Geschwülste, von Carl Baumeister 187
Über Neubildung elastischer Fasern in der Hautnarbe, von Franz von Schröder 187
Untersuchungen über den Pigmentgehalt von transplantierter Meerschweinchenhaut, von Fritz Vogt ... 187
Weitere Untersuchungen über elastische Fasern in Geschwülsten, von Paul Nopp 187
Über die Degeneration der elastischen Fasern bei Entzündungen, von Heinrich Offergeld ... 187
Zur Kenntnis der Komplikationen der Polyarthritis rheumatica acuta von seiten der Haut, von Georg Riebold ... 188
Welche Beziehungen bestehen zwischen Haut- und Nierenkrankheiten? von Bruno Glaserfeld ... 188. 254. 626
Perivasaler Befund bei progressiver Paralyse des Kindes, von Campana ... 209
Die Resistenz und die Reizbarkeit des kollagenen Gewebes und der roten Blutkörperchen bei einigen Dermatosen, von Lanzi ... 209
Versuche über die Entstehung von Hautalterationen und Glykosurie bei der subcutanen Anwendung der Nebennierenpräparate, von Bernhard Zschech .. 215
Ein Fall von weit verbreiteter Verkalkung der mittleren und kleineren Arterien der Haut und der Extremitäten, von Karl Delventhal ... 215
Die Untersuchungen von Dr. J. Siegel über die Ätiologie der Pocken, der Maul- und Klauenseuche, der Lues und des Scharlachs ... 215
Beitrag zur Kenntnis der Gefäßverkalkung in der Haut, von Kenkichiasahi . 250
Krankheiten der Haut in Verbindung mit den Krankheiten des Stoffwechsels, von L. Duncan Bulkley ... 253
Klinische und histologische Untersuchung eines Falles von Purpura papulosa, von E. Constantin ... 378
Einige Fälle von Nagelerkrankungen, von George T. Jackson ... 386
Ein Fall von Staphylokokkeninfektion der Tonsille, welche Schanker vortäuschte, von Douglas W. Montgomery ... 445
Die Bedeutung der Morphologie, Anatomie und Bakteriologie für das Studium der Dermatologie, von J. Himmel ... 446
Beitrag zur Frage der „Sarkoide“ (Boeck) resp. der subcutanen nodulären Tuberkulide (Darier), von Max Winkler ... 487
Dermato-venerologische Impressionen, von Ludwig Falk ... 490
Über autotoxische und alimentäre Dermatosen, von Karl Ullmann ... 521
Über einen Fall von Staphylohämie (mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem), von J. Biland ... 524
Die Störungen der Hautsensibilität beim Milztumor und bei den Milzaffektionen im allgemeinen, von Signorelli ... 524
Über einen Fall von Indikanausscheidung durch die Haut, von Edgar Gans ... 525
Über Lokalisationspunkte bei Krebs, Leukodermie und Sklerodermie, von G. L. Cheatle ... 525
Beiträge zur Onychopathologie, von G. Nobl ... 525
Wechselbeziehungen zwischen Nase und Geschlechtsapparat, von B. Reko ... 525
Zur Kenntnis der Duodenalstenose, von Carl Meyer ... 528

Seite

Über Nagelveränderungen nach akuten Krankheiten, von Eger 628
Über subungnale Sarkome. Onychia maligna, Onychia tuberculosa und syphilitica, von Johs. Roth 628
Die familiären Hautkrankheiten, von Leredde 571
Zur Anatomie der Schleimhautaffektionen bei Lichen planus (Wilson), von Franz v. Poor 623
Über das Zusammentreffen von Lichen ruber und Diabetes mellitus, nebst Mitteilung des histologischen Befundes bei Lichen sclerosus, von Erich Hoffmann 623

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die Kompression bei der Phototherapie, von Mezerette 21
Die Wirkung der Schwefelbäder von Luchon auf Syphilis und Hautkrankheiten, von H. Pelon 22
Über die Ursachen der Irrtümer und über die Methodik in der Therapie, von Leredde 67
Über die Jodausscheidung nach grofsen Jodkaliumdosen und bei cutaner Applikation einiger Jodpräparate, von Sophie Lifschitz 89
Finsenlicht, X-Strahlen und hochfrequente elektrische Ströme in ihrer Anwendung bei gewissen Hautkrankheiten, von Duncan Bulkley 97
Über den therapeutischen Wert des Yohimbinum Riedel bei der nervösen Impotenz des Mannes, von E. Hellmer 104
Ein Besuch im phototherapeutischen Institute zu Florenz, von Truffi 107
Eine Verbesserung an den Suspensorien, von Arthur Strauss 155
Die desinfizierende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds, von Waldemar Bie .. 159
Indische Medizin und Quecksilber, von K. Dohi 211
Über neuere Gesichtspunkte in der Dermatotherapie, von O. Lassar 216
Die Therapie in der dermatologischen Universitätsklinik des Prof. Dr. Viktor Janowsky in Prag, von F. Samberger 216
Prinzipien und Fortschritte in der Behandlung der nicht parasitären Hautkrankheiten, von Kromayer 216
Die moderne Wundbehandlung, von Benno Müller 217
Über Hauttransplantation nach den Methoden von Ollier-Thiersch und Lefort, von P. S. A. Morin 218
Zur Technik der Hautnaht, von E. Holländer 218
Über den Gebrauch von Ätzmitteln, von R. Chrobak 219
Über die Anwendung von Pasten in der Dermatologie und als Abschluís oberflächlicher Wunden, von L. M. Pautrier 220
Die Verwendung der Spiritusverbände, von Brugger 220
Über die Verwendung sterilisierter Wäsche gegen Hautkrankheiten der Säuglinge, von Albert Dennery 221
Die physiologische Wirkung der Solbäder, von Theo Groedel II 221
Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten, von Max Juliusberg 221
Über lokale Heifsluftbehandlung, von J. Lamberger 221
Die Finsen-Methode, von Milton Franklin 221
Über die bakterizide Wirkung des Lichtes bei der Finsenbehandlung, von V. Klingmüller und L. Halberstaedter 222
Beiträge zur Phototherapie, von Theodor Kröhne 222
Die therapeutische Verwendung der Licht-Wärmestrahlen, von August Laqueur 223
Erfahrungen bei Behandlung mit elektrischem Licht unter besonderer Berücksichtigung einer neuen Lichtsalbenbehandlung bei Hautkrankheiten, von Ludwig Steiner 224
Über die Erzeugung intensiver Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken, von J. Rosenthal 224
Neuerliche Fortschritte in der Technik der Behandlung mit Röntgenstrahlen, von C. L. Leonard 225
Die Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie, von H. E. Schmidt 225
Über die Metall- und Jodionenkatalyse, von H. Schade 225
Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Drüsen, von A. Buschke und H. E. Schmidt 226
Über Röntgenstrahlen als Heilmittel bei Hautkrankheiten, von v. Sengbusch .. 227
Aus dem Gebiete der Röntgenographie und Röntgentechnik, von Albers-Schönberg 227

Seite

Einige Fälle von Hautkrankheiten, geheilt durch X-Strahlen, von Duhot 228
Über die Behandlung des Hautcarcinoms mit Röntgenstrahlen, von Jean Gotthold 228
Weitere Beiträge zur Verwendung des Radiumbromids in der Therapie der Hautkrankheiten, von Kurt Strassmann 228
Stanzverfahren nach Kromayer, von Paschkis 243
Über Novargan, von R. Lucke 255
Die Radiotherapie bei Hautleiden, von Foveau de Courmelles 260
Das Adrenalinchlorid bei Hämorrhagien und angioneurotischen Krankheiten der Haut, von Granville MacGowan 263
Über eine neue Formel zur Bereitung von Teer- und Anthrasolbädern, -Waschungen und -Einpackungen, von Mibelli 268
Die therapeutische Anwendung des Anästhesins in der Heilkunde, von Hönigschmied 269
Der farblose Teer Anthrasol in der Hand des praktischen Arztes, von Vincenzo Mayer 270
Kasuistischer Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Dr. Aronsonschen Antistreptokokkenserums, von R. Klein 271
Die klinische Anwendung des Streptokokkenserums, von Fritz Meyer 271
Alkohol-Silbersalbe, von A. Löwe 271
Untersuchung über den Wert des Helmitols, von Géza Kelemen 272
Über das Helmitol als Harnantiseptikum, von R. v. Steinbüchel 272
Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Hetralin, von Fritz Euler-Rolle ... 272
Über ein einfaches Substitut des Jodoform und seiner Surrogate, von G. Sommer 273
Therapeutische Notizen über Jodipin, von Schönbaum 273
Einige klinische Verwendungsarten der Jodsäure und deren Salze, von W. Mackie 273
Über den therapeutischen Wert der Levurinose, von Goliner 273
Drei Beiträge zur Kasuistik der Lysol-Intoxikationen, von Otto Schmelzer... 273
Das Nafalan und die naphtahaltigen Salben in der dermatologischen Praxis, von Rohleder 274
Über Novargan, von von Hoessle und C. Graeter 274
Die Verwendung des Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung, von Conrad Frank 275
Noch eine Mitteilung über Balsamum peruvianum, von Unschuld 275
Über Pikrinsäureverwendung bei Hautkrankheiten, besonders bei Ekzem, von Otto Meyer 275
Über Quecksilberwirkung, von E. v. Düring 275
Quecksilbervergiftung mit einem Bericht über einen Fall, bei dem die entstandene Deformität nach einer solchen Vergiftung durch Operation mit Erfolg beseitigt wurde, von E. Kincheloe 276
Ein Fall von akuter letaler Quecksilbervergiftung, von E. J. Sugyen 276
Experimentelle und therapeutische Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers durch die Nieren, von Fr. Gaud 277
Über basische Quecksilbersalze, von A. J. Cox 277
Die therapeutische Wirksamkeit des Unguentum Credé, von Dagobert Borchardt 277
Über lösliches Kalomel (Kalomelol), von Galewsky 277
Über Unguentum sulfuratum mite-Thiolan, von Hans Vörner 278
Über Thigenol in der dermatologischen Praxis, von Kornfeld 278
Therapeutische Mitteilungen über die Verwendbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds, von Edmund Nacht 278
Über die Atrophie und das Epitheliom der Haut nach Anwendung der Röntgenstrahlen, von S. Mendes da Costa 314
Was sollen wir tun, um die schlimmen Folgen von Blennorrhoe und Syphilis zu verhüten? von George E. Thompson 317
Die Natur der Mykosis fungoides und die Radiotherapie. — Lupus vulgaris und Radiotherapie, von Leredde 378
Endermatische Anwendung von Jod, kombiniert mit Kataphorese, von Nicholas Senn 382
Elektrizität bei Hautkrankheiten, von Edward P. Adams 444
Allgemeine Therapie bei Hauterkrankungen, von Edward Pisko 444
Studien über die Ernährung bei den Dermatosen, von L. Brocq, B. Desgrez und J. Ayrignac 497
Die Bedeutung des Salzes für die Pathologie und Therapie, von Achard 499
Die Präventivbehandlung der frühzeitigen Kahlheit, von d'Amato 572

Seite

Ein Fall von Erblindung nach Atoxylinjektionen bei Lichen ruber planus, von W. Bornemann ... 593
Die Haut und ihre Pflege, von Wolters ... 575
Der heutige Stand der Röntgenbehandlung, von W. Lehmann ... 575
Die Behandlung mittels Röntgenstrahlen, von W. P. Goff ... 575
Über die Entwicklung und den derzeitigen Stand der Aktinotherapie. I. Lichttherapie, von G. J. Müller ... 576
Die Lichtbehandlung in der Chirurgie, von Breiger ... 576
Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten mit Licht, insbesondere Eisenlicht, von Breiger ... 576
Über Radiumtherapie, von P. Desfosses ... 577
Einige Arbeiten über die Wirkung der fluoreszierenden Stoffe, von L. Michaelis 577
Experimente mit Radiumstrahlen, von Wendell C. Phillips ... 577
Die Balneotherapie der Harnkrankheiten, von C. Posner ... 578
Hydrotherapie bei Hautkrankheiten und Syphilis, von C. Bruhns ... 578
Salben und Pasten mit besonderer Berücksichtigung des Mitin, von Jessner ... 578
Über Salbengrundlagen, von Katzenellenbogen ... 579
Neue dermatologische Heilmittel, von M. Morris ... 579
Errötende Schminke, von Helbig ... 580
Zur Blennorrhoe- und Syphilisbehandlung, von Fischer ... 580
Medizinische Albumosenseife, von Ernst Delbanco ... 581
Über ein festes Kresolseifenpräparat: Metakalin, von G. Wesenberg ... 581
Über lokale Alkoholtherapie, von Walko ... 582
Über Haltbarmachung von Liquor aluminis acetici, von Hans Vörner ... 582
Über Anthrasol und Anthrasolpräparate, von Wilhelm Meitner ... 582
Über Arsylin und Protylin, von C. Schaerges ... 582
Dymal, von Faustino Barberá ... 583
Der antiseptische Wert des Dymal, von G. Fiore ... 583
Der therapeutische Wert des Dymals, von de Diego ... 583
Einige therapeutische Erfahrungen mit Fetron purissimum, von Kattenbrencker 583
Zur Technik der Jodipininjektionen, von Pelizaeus ... 583
Über neuere Jodpräparate, von Josef Sellei ... 583
Erfahrungen mit einem neuen Jodpräparat „Jothion", von Emil Schindler ... 584
Die therapeutische Verwendbarkeit des Jothion, von Richard Volk ... 585
Die percutane Jodapplikation, von G. Wesenberg ... 585
Zur Anwendung des Jothion, von Dreser ... 585
Über das Jothion, von Max Joseph und Max Schwarzschild ... 586
Zur percutanen Salicylbehandlung, von Edmund Saalfeld ... 586
Über den therapeutischen Wert des Pyrenol, nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem, von Fritz Loeb ... 586
Das Salicylarsenquecksilber, von Alfred Martinet ... 587
Anwendung des Stovains in der Dermatologie, von Burmann und Tanon ... 587
Über Thigenol, von Béla von Köszeghy-Winkler ... 587
Über das Thigenol, eine neue organische Schwefelverbindung, und seine Anwendung bei Hautkrankheiten, von Iwan Bloch ... 587
Über die Anwendung des Thiols in der dermatologischen Praxis, von Leredde 588
Beiträge zur Kenntnis der Vasole und Vasogene, von Wilhelm Meitner ... 588
Über die therapeutische Verwendung des Wasserstoffsuperoxydes, von Aesculap 589
Vergiftung nach Gebrauch von Wismutbrandbinden, von Schaeche ... 591
Über die Quecksilbervergiftungen mit besonderer Berücksichtigung der Sublimatvergiftungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte, von W. Wolf ... 591
Ein Fall von Glykosurie nach medikamentöser Quecksilberverabreichung, von Cl. J. Fauconnet ... 592
Eine lebenbedrohende Intoxikation bei Anwendung 50%iger Resorcinpaste, von Sigismund Kaiser ... 592
Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde, von E. Harnack ... 593
Ein Fall von Erblindung nach Atoxylinjektionen bei Lichen ruber planus, von W. Bornemann ... 593
Röntgengeschwüre, von Pospelow ... 620
Weitere Mitteilungen über den Wert der statischen Elektrizität für die Behandlung parasitärer Dermatosen, von Suchier ... 627
Die Erzielung von Analgesie auf endermatischem Wege, von L. Fürst ... 628

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Seite

Zur Kenntnis der Urticaria xanthelasmoidea, von G. Nebl 83
Purpura annularis teleangiektodes, von Brandweiner 148
Bromakne, von Leiner 148
Urticaria papulosa, von Finger 150
Erythema multiforme, von Ullmann 246
Purpura rheumatica, von Oppenheim 246
Ein Fall von tuberösem Jodexanthem der Nase nach Jodkaliumgebrauch, von M. J. Epstein 265
Erythema scarlatiniforme (bei Influenza), von J. Hamilton 279
Die Hundskrankheit (endemischer Magenkatarrh), in der Herzegowina, von Siegmund Taussig 280
Ein Fall von residivierendem toxischen Erythem nach intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum, von Djatschkow 280
Ein Fall von sogenannter Urticaria perstans, von Walter Pick 280
Über residivierende Urticaria, von Respighi 281
Das Ödem, von Loeper und Laury 281
Zur Kasuistik des Quinckeschen Hautödems, von Ludwig Steiner 281
Ein Fall von akutem umschriebenen Ödem mit orthostatischer Albuminurie, von Rubens 282
Akut circumskriptes Hautödem und Urticaria, von Franz Weisenhorn 282
Über akutes Hautödem, von G. Roth 282
Über das „Trophödem" bei Hysterie und Epilepsie, von J. R. Roué 282
Die Behandlung der Ödeme, von H. Huchard und Ch. Piessinger 282
Arzneiexanthem nach Aspirin, von R. Freund 283
Ein Fall von Jodpemphigus mit Beteiligung der Magenschleimhaut, von Rudolf Polland 283
Ein Beitrag zur Histologie und Genealogie der Hämophilie, von Alexander Goodall 284
Petechienausschlag bei Erbrechen, von C. G. Higginson 284
Ein Fall von chronischer Phenacetinvergiftung, von Max Hirschfeld 284
Zur Kenntnis der Pseudoleukämie und der Werlhofschen Krankheit, von Max Mosse 285
Zwei Fälle von „sporadischem Skorbut", von Hans Lohrisch 285
Hämaturie als frühestes oder einziges Symptom von infantilem Skorbut, von John Louett Morse 286
Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von A. M. Vance 286
Purpura als Spätkomplikation bei Scarlatina, von J. W. Miller 286
Über ausgedehnte Hauthämorrhagien bei Epilepsie, von Rudolf Hänsel 286
Fall von Raynaudscher Krankheit, von A. Wolff 286
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von Walter Glass 287
Die Quinckesche Krankheit, das akute angioneurotische Ödem, von Ch. Armand und Fr. Lavronal 315
Ein Fall von Hautbromismus à forme végétante, von Troisfontaines 318
Zur Frage des Jodismus (Thyreoiditis jodica acuta), von M. P. Gundorow 488
Histologische Untersuchungen über das Ödem der Haut und des Unterhautzellgewebes, von Kurt Ziegler 593
Über die im Gefängnis Düsseldorf-Derendorf beobachteten Hautödeme unbekannten Ursprungs, von Eschweiler 594
Ursachen und Behandlung des Ödems, von J. D. Mann 594
Über das akute angioneurotische Ödem oder die Quinckesche Krankheit, von Zilocchi 595
Ein Fall von Dermographismus bei einem Ikterischen, von L. Bollack 595
Seltene Lokalisation eines Antipyrinexanthems, von Heinrich Loebl 595
Ein Fall von Migräninexanthem, von Erich Hoffmann 595
Die mikroskopischen Veränderungen beim Tuberkulinexanthem, von R. Chronstonlaw 595
Betrachtungen über die Serumbehandlung der Diphtherie, von J. D. Rolleston 596
Beitrag zum scarlatiniformen Erythem bei Typhus, von Georges Pichard 596
in Fall von Meningokokken-Septikämie, von Martini und Rondel 596

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Seite

Ein Fall von Dermatitis artificialis durch äußere Einwirkung von Eosin, ein seltenes ätiologisches Moment, von Monel ... 65
Zur Ätiologie der sogenannten spontanen oder multiplen spontanen, oder neurotischen und hysterischen Gangrän auf Grund von fünf Fällen, von S. Réna ... 86
Über eine durch Scilla maritima hervorgerufene vesikulöse Dermatitis nebst Bemerkungen über die Bedeutung der Raphiden, von Erich Hoffmann ... 92
Dermatitis, von Ullmann ... 148
Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen, von St. Weidenfeld und L. v. Zumbusch ... 153. 247
Die Behandlung gewerblicher Hautaffektionen mit Anthrasol und Anthrascloseifen, von Hugo Goldmann ... 287
Ein Fall von Mesotanausschlag, von J. P. Wills ... 287
Über berufliche Formalinonychien und -Dermatitiden, von Galewsky ... 287
Trockene Gangrän infolge eines Karbolsäureverbandes, von Vertner Kenerson 288
Über die Behandlung lokaler Erfrierungen mit passiver und aktiver Hyperämie, von Kurt Hanusa ... 288
Erfrierung? von Nassauer ... 288
Zur Erfrierung des Doppelkinns, von Rommel, Grünebaum und Loewenthal 288
Über eine akute kongelative Zellgewebsverhärtung in der Unterkinngegend, von Hochsinger ... 289
Über einen Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde, von Dopfer ... 289
Die Pathogenese der anatomo-pathologischen Veränderungen und des rasch eintretenden Todes bei den ausgedehnten Verbrennungen der Haut, von Lionti 289
Beiträge zur Prognose und Therapie schwerer Verbrennungen, von Otto Schwenker ... 289
Purpura haemorrhagica, von T. W. Hastings ... 597
Infektiöse idiopathische Purpura, von Otto Paul Gerber ... 597
Über Purpura, von John Edwin Hays ... 597
Die Erblichkeit bei Blutern und die chronische Purpura, von R. Romme ... 596
Über ausgebreiteten Hydrops ohne Albuminurie im Kindesalter, von W. Stoeltzner 598
Über die anatomischen Kennzeichen der vitalen und postmortalen Verbrennung, von Fritz Reuter ... 598
Über Gifte im allgemeinen mit besonderer Berücksichtigung des Verbrennungsgiftes, von Carlo Parascandolo ... 599
Bericht über einen Fall von ausgedehnter Verbrennung dritten Grades, von A. M. Fauntleroy ... 599
Die antiseptische Behandlung der Brandwunden, von Nageotte ... 599
Über die Therapie schwerer Verbrennungen, von Stephan Weidenfeld ... 641
Über Pflanzendermatitiden, von R. Romme ... 642
Atlasholz und Dermatitis, von M. Grabham ... 643
Zwei Fälle von Intoxikation durch die äußerliche Applikation von Belladonna resp. Atropin, von V. Matthews ... 643
Über Isoformdermatitis bei einem mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken, von Erich Hoffmann ... 643
Ein Fall von Mesotanausschlag, von D. Couper ... 643
Karbolsäuregangrän, von Justin Herold ... 643
Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen, von Karl Zieler ... 644
Über tödlich verlaufende Quecksilberdermatitiden, von Hans Meyer ... 645

II. Neurotische.

Dermatitis herpetiformis Duhring, von Seegall ... 51
Lichen simplex chronicus, von Ehrmann ... 148
Herpes zoster, von Kohn ... 149
Lichen simplex chronicus, von Weidenfeld ... 149
Pemphigus prurigineus, von Weidenfeld ... 149

Seite

Lebensalter und Herpes zoster, von Wilmott Evans 208
Die trophischen Störungen der Haut und der Schleimhäute bei Hysterie, von A. Faworsky 290
Über einen Fall von Malum perforans pedis, von Hans Hendriksen 290
Über das Malum perforans pedis, von Adolf Kimmerle 290
Ein Fall von Syringomyelie, von Meder 291
Angina, Erythema exsudativum multiforme, Pleuritis exsudativa dextra, von D. Epstein 291
Appendicitis, eine Darmkomplikation des Erythema exsudativum multiforme, von James S. Chenoweth 291
Erythema und Urticaria, gleichzeitig mit einem angioneurotischen Ödem, nur durch Einwirkung der Sonnenstrahlen entstanden, von S. B. Ward 292
Zur Lehre vom Herpes zoster nebst Mitteilung über eine in Breslau beobachtete Zosterepidemie, von Otto Sachs 292
Ein Fall von Ischias mit komplizierendem Herpes, von Hans Meyer 293
Über den residivierenden Herpes digitalis und facialis und seine Beziehungen zum Zoster, von O. Posemann 293
Die croupöse Pneumonie auf der I. medizinischen Klinik in München in den Jahren 1899 bis 1903 inkl., von Clemens Dietrich 293
Hydroa vacciniformis, von Felix Malinowski 293
Amyotrophische Lateralsklerose und Pellagra, von A. Testi 294
Äthylchlorid in der Zostertherapie, von Howard Morrow 387
Die konstitutionelle Therapie der Gürtelrose, von A. H. Ohmann-Dumesnil .. 443
Dermatitis herpetiformis im Kindesalter, von John T. Bowen 495
Prurigo lymphadenica, von W. Dubreuilh 496
Über Erythema nodosum, von J. Toyama 506
Zum Kapitel der Graviditätsdermatosen, von Nobl 645
Erythromelalgie und Osteomalacie, von Arcangeli 646
Hydroa vacciniformis (Bazin), von Etsujiro Ikeda 646
Zur Frage des Pemphigus. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring, von J. L. Schattenstein 648
Zur Lehre vom Herpes zoster nebst Mitteilung über eine in Breslau beobachtete Zosterepidemie, von Otto Sachs 649
Zur Diagnose und Therapie des Herpes zoster, von Daisy M. Orleman Robinson 649
Ein Fall von Herpes zoster des Vorderarms und der Hand, von R. E. P. Squibbs 650
Die Anwendung trockener Schröpfköpfe beim Herpes zoster, von Medwin Leale 650
Behandlung von chronischer Urticaria und von Herpes zoster mittels hochfrequenter Ströme, von A. Gregor 651
Über Pellagra, von Prof. L. Merk 651

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

Über die Beziehungen einiger Infektionskrankheiten (Morbilli, Scarlatina, Diphtherie und Typhus abdominalis) zu den Jahreszeiten, von Edwin Zust 294
Statistisches und Klinisches über die Scarlatina unter besonderer Berücksichtigung des erwachsenen Lebensalters, von Alfred Heckel 294
Der Scharlach in New York und einiges über die Scharlachbehandlung, von A. Seibert 294
Über die Infektiosität und die Behandlung der Scarlatina, von W. T. Gordon-Pugh 295
Infektiosität bei Scharlach, von R. M. Littler 296
Zur Ätiologie des Scharlach. Vorläufige Mitteilung von John Siegel 296
Eine durch Milch verursachte Scharlachepidemie, von K. G. Tingvall 296
Klinische Beobachtungen über Scharlach, mit spezieller Berücksichtigung von Herz- und anderen Komplikationen und therapeutischer Gesichtspunkte, von Louis Fischer 296
Zur Scharlachdiagnose, von G. A. Ferraby 297
Ein Fall von Endocarditis mit Pericarditis im Gefolge von Scarlatina; Behandlung mit Antistreptokokkenserum; Genesung, von A. R. Spencer 297

Seite
Über Scarlatinoid nach Diphtherie, von A. B. Marfan 297
Scarlatina bei einem dreiwöchigen Säugling, von J. Allan 298
Antistreptokokken-Serum bei toxischem Scharlach, von J. H. Marsh..... 319
Über einen Fall von Stenose des Oesophagus im Anschluss an Scharlach, von Boas 319
Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokken-Serum von Ludwig Mendelsohn..... 320
Über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum, von F. Ganghofner..... 320
Über die interne Anwendung des „Adrenalin“ mit besonderer Rücksicht auf die scarlatinöse, hämorrhagische Nephritis, von Viktor Molnár..... 320
Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlach-Nephritis, von K. Patschkowski 321
Über Masern bei Erwachsenen nach Beobachtungen auf der Züricher Universitätsklinik, von J. Oswald..... 321
Ein Fall von Masern mit Rezidiv, von Caramano 321
Masern ohne Exanthem, von Salzer 321
Masern ohne Exanthem, von Schütz..... 322
Die Prodromalexantheme bei Masern, von J. D. Rolleston 322
Einige Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Scharlach, Rubeola und Masern, von F. J. Poynton 322
Über die Bedeutung der Koplikschen Flecke für die Diagnose und Differentialdiagnose der Masern, von Hermann Brüning 322
Über das Auftreten von Geschwüren im Gesicht nach Masern, von Willy Riedel 322
Bemerkungen über lobäre Pneumonie nach Masern, von F. C. Bottomley.... 323
Über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Nieren bei den an Masern erkrankten Kindern, von A. G. Tkatschenko..... 323
Über die Filatow-Dukessche Krankheit, von J. Ruhemann..... 323
Erythema infectiosum, von Henry Larned Keith Shaw..... 323
Windpocken bei Erwachsenen, von Mulert..... 323
Varicellen, Ausgang in Tod, von Jakob Meyer 323
Eine ungewöhnliche Komplikation bei Varicella, von C. Coombs..... 324
Variola und Varicellen, von Richard Pick 324
Über die Variola bei den Muselmännern Nordafrikas, von L. Charvin..... 324
Die Schwankungen des Körpergewichts im Verlauf der Variola, von M. Garnier und G. Sabaréanu 324
Die kosmetische Behandlung der Blatternnarben mit Vaselin und Ölvaselin, von R. Stegmann..... 325
Impfgegnerschaft und Pocken in Dewsbury-Union..... 326
Zur Geschichte der kgl. bayerischen Zentralimpfanstalt, von L. Stumpf..... 326
Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1903, von L. Stumpf..... 326
Die Schutzwirkung der Impfung, von H. J. Wilson..... 326
Die schützende Kraft der Vaccination, von J. T. C. Nash..... 327
Die Impfung der Hindus..... 327
Impfreaktion unter Rotlicht, von Karl Rössler 327
Komplikation bei Schutzpockenimpfung, von Wedel 328
Akzidentielle Vaccination der Nasenschleimhaut, von Lublinski..... 328
Der Scharlach in New York nebst einigen therapeutischen Möglichkeiten in seinem Verlauf, von Seibert 652
Statistischer Beitrag zu dem Verlaufe der Mortalität an Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und Masern in der Schweiz in den Jahren 1876 bis 1900, von Robert Nadler 653
Über Scharlachdiphtherie, von E. Ignatowsky 653
Über den Scharlach der Kinder mit besonderer Berücksichtigung des Fiebers, von Heinrich Klose..... 654
Der Einfluss des Urotropins auf die Entstehung der scarlatinösen Nierenentzündung, von Kornel Preisich..... 654
Über den Scharlacherreger. Verfasser ungenannt..... 655
Die protozoenähnlichen, bei Scharlach beschriebenen Körper, von L. R. Thompson 655
Eine Bemerkung über „Entlassungsinfektion“ bei Scharlach mit ungewöhnlicher Ursache, von H. C. Kidd..... 655
Das Abschuppen beim Scharlach, von D. H. Kyle..... 655
Verbreitung von Streptokokken durch unsichtbares Sputum. Mit Beziehung auf Scharlach und Sepsis, von Alice Hamilton..... 656

Seite

Beitrag zur Behandlung der toxischen Symptome beim Scharlach, von A. K. Gordon ... 656
Beitrag zum Studium des Scharlachs und des Scharlachausschlags, von Nicolas G. Macridès ... 656
Ein Fall von Scharlach, von Salge ... 657
Zur Therapie des Scharlachs, von Robert Quest ... 657
Weiterer Beitrag zur Frage der Behandlung des Scharlachs mit Ichthyol, von W. A. Lawrow ... 657
Ein Beitrag zur Masern- und Scharlachbehandlung, von Klingmüller ... 658
Bakteriologische Untersuchungen bei Masern, von Borini ... 658
Beobachtungen über Masern, von Anna Caplan ... 658
Masernepidemie mit gastro-intestinalem Typus, von Gillard ... 659
Atypischer Masernverlauf, von Ernst Hamburger ... 659
Über Nephritis morbillosa, von Freifeld ... 659
Cerebrale Erscheinungen bei Masern, von G. J. Branson ... 659
Beitrag zur Kenntnis des klinischen Verhaltens der Mundhöhle bei Masern, von Ch. Guérin ... 660
Ein Fall von nekrotischer Stomatitis im Gefolge von Masern und Pneumonie, von M. Goepp ... 660
Gleichzeitiges Auftreten von Masern und Varicellen bei demselben Patienten, von T. S. Short ... 660
Beobachtungen über Rötelnepidemien, von H. Bahrdt ... 660
Eine abnorme Epidemie (Rubeola?), von W. Hartigan ... 661
Ein neues, als selbständig erkanntes akutes Exanthem, von Dionys Pospischill 661

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Beiträge zur Kenntnis der Jodreaktion der Leprösen, von C. Siebert ... 56
Sieben im Jahre 1903 im alten Katharinenhospital zu Moskau beobachtete Leprafälle, von Samgin ... 57
Bericht an das Kolonialamt über eine Untersuchung betreffs Ausdehnung und Verteilung der Lepra in Basutoland, von Edw. C. Long ... 57
Ein Fall von Lepra, von Rochet und J. Billet ... 60
Ursache und Behandlung der Lepra, von Milton Rice ... 96
Über Tätowierung und ihre Beziehungen zu Leprabazillen, von K. Mitsuda ... 210
Statistik der Lepra ... 328
Neue Gesichtspunkte in der Leprafrage, von Deycke-Pascha und Resched-Bey ... 328
Die Lepra in Hinterindien, Vorschlag zur Reglementierung mit Rücksicht auf die Prophylaxe, von E. Jeanselme ... 329
Ein einheimischer Fall von tuberöser Lepra, von Oliver S. Ormsby ... 330
Über die Beobachtungen von Lepra auf der medizinischen Klinik in Zürich, von Lydia Pekar ... 330
Zur Pathologie und Therapie der Lepra, von E. R. Rost ... 330
Über die leprösen Veränderungen der oberen Atmungswege, von Peter Hager 330
Einige Bemerkungen über die heutige Therapie der Lepra, von Serra ... 331
Lepröse Affektionen der oberen Luftwege, von A. Tichonowitsch ... 448

β. *Tuberkulose.*

Lupus follicularis disseminatus, von Saalfeld ... 53
Die Behandlung des Lupus mittels Kaliumpermanganat, von L. Butte ... 65
Über die Beziehung des Lupus erythematodes zur Tuberkulose, von Otto Kren 88
Das Fibrin bei einigen Formen der Hauttuberkulose, von Lombardo ... 106
Lichen scrofulosorum, von Leiner ... 149
Lichen scrofulosorum, von Ehrmann ... 149
Lupus vulgaris, von Freund ... 149
Lichen scrophulosorum, von Sachs ... 150
Lupus pernio, von Ehrmann ... 244
Lupus vulgaris, von Ehrmann ... 244
Ulcerationen am Hinterhaupte und am Rücken, von Ehrmann ... 244
Tuberkulöses Geschwür am rechten Zungenrande, von O. Spitzer ... 245

Seite

Disseminierter Lupus, von Brandweiner ... 245
Lupus vulgaris, von Spiegler ... 245
Lupus pernio, von Spiegler ... 245
Lupus vulgaris disseminatus, von Nobl ... 245
Behandlung chirurgischer Tuberkulosen durch Freilegung und mit örtlicher Tuberkulinanwendung, von Rud. Oehler ... 331
Über das tuberkulöse Geschwür der Zunge, von August Grofs ... 331
Über frühzeitig und schnell auftretende Venenentzündung bei Tuberkulose, von Paul Halbron ... 331
Tendovaginitis und Tuberkulose der Haut, von Foà ... 332
Lupus erythematosus und das papulo-nekrotische Tuberkulid, von Josef Strasser 332
Zur Kenntnis des Skrophuloderma, von Oskar Salomon ... 332
Skrophulöse Beingeschwüre (Bazinsche Krankheit) und deren erfolgreiche Behandlung mittels hochfrequenter Ströme, von W. F. Somerville ... 332
Ein Fall von Lupus vulgaris unter dem Bilde des Lupus erythematosus, von R. Thoma ... 332
Einiges über die Lupustherapie der Zukunft und der Vergangenheit, von P. G. Unna ... 332
Über den Wert der Seroreaktion von Grüber beim Lupus, von Cipolla ... 333
Lupusbehandlung in der Kieler chirurgischen Klinik, von Alfred Otto ... 333
Die Lichtbehandlung des Lupus vulgaris, von P. François ... 333
Zur Finsenbehandlung des Lupus, von E. Lesser ... 334
Über Verbesserungen der Finsen-Reyn-Lampe nebst Bemerkungen über Lupusbehandlung, von Fr. Bering ... 334
Über Lupus vulgaris, von W. Schüle ... 446
Erfolgreiche Behandlung eines ausgedehnten Falles von Lupus vulgaris mit X-Strahlen, von Jay F. Schamberg ... 496
Eindringliche Empfehlung des Tuberkulins für ausgedehntere Anwendung in der ärztlichen Praxis, von F. M'Call-Anderson ... 568
Lupus pernio, von Karl Kreibich ... 572

γ. *Syphilis.*

Mehrfache Phlebitis im Verlauf der sekundären Syphilis, von Gaucher und Touchard ... 22
Maligne Lues, von Dreyer ... 52
Schwere Lues, von Dreyer ... 52
Lues hereditaria tarda, von Wechselmann ... 52
Primäraffekt an der Vorderseite des linken Oberschenkels, von Baum ... 52
Kleinpapulöses Syphilid, von Baum ... 52
Über Jodfersan bei Lues, von Benninghoven ... 59
Einige dunkle Punkte in der gegenwärtigen Lehre von der Syphilis, von Herbsmann und Steinborn ... 59
Über die syphilitische progressive Paralyse, von Fournier ... 67. 169
Syphilis und progressive Paralyse, von d'Amato ... 69
Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. Über Quecksilbervergiftung, von J. Justus ... 85
Untersuchungen über die Veränderungen der Epithelien der Samenkanälchen und der Spermatozoen in vier Fällen von Syphilis, von Pietro Guizetti ... 85
Zur Kenntnis der lokalen Veränderungen nach hypodermatischen Injektionen eines schwefelhaltigen Jodöls bei Syphilis, von Tokeyiro Suzuki ... 89
Die Behandlung von voraussichtlich primärsyphilitischen Geschwüren ... 95
Über die Behandlung sekundärsyphilitischer Schleimhautplaques, von Robert Holmes Greene ... 96
Die Nephritis syphilitica secundaria, von Henry Malherbe ... 98
Zwei Erwähnungen der Syphilis in Schriftstücken aus dem XIII. Jahrhundert, von F. Buret ... 98
Beitrag zur Serumtherapie der Syphilis, von Justin de Lisle ... 99
Die grofse Entdeckung des wirklichen Erregers der Syphilis, von Barthélemy 101
Untersuchungen über die Mikrobien bei Syphilis, von El. Metchnikoff und Em. Roux ... 102
Experimentelle Studien über Syphilis, von El. Metchnikoff und Em. Roux . 102
Der Tierpark des Physiologen, von E. N. ... 103
Über experimentelle Syphilis. Verfasser ungenannt ... 103

Seite
Über die Wirkung des filtrierten syphilitischen Giftes. Verfasser ungenannt.... 103
Über die Serumbehandlung der Syphilis, von Justin de Lisle 103
Über einen Versuch mit Serumbehandlung bei Syphilis, von A. Malherbe..... 104
Versuch einer antisyphilitischen Serumbehandlung, von F. J. Bosc..... 104
Über einen Fall von lymphatischem Ödem beider Lippen mit abendlichen Steigerungen bei einem alten Syphilitiker, von Dubois-Havenith 104
Über den gegenwärtigen Wert des Kalomels in der Syphilistherapie, von d'Amato 105
Maculo-papulöses Syphilid, von Leiner 148
Frische Lues, Exanthem am Stamm und Plaques an den Tonsillen und der Mundschleimhaut, von Sachs 148
Syphilid mit hypertrophischen Papeln, von Oppenheim 150
Syphilis corymbosa, von Oppenheim 150
Roseola annularis, von Finger..... 150
Syphilis und Hämorrhagie, von Hans Vörner..... 152
Die Syphilisforschung und das Vererbungsproblem, von F. B. Solger 155
Beitrag zur operativen Behandlung des Hirngumma und der syphilitischen Schädeldachnekrose, von Voss 157
Mikrobiologische Untersuchungen über die Syphilis, von El. Metchnikoff und Em. Roux..... 168
Strittige Punkte bei der Syphilis, von George G. Melvin 170
Primäre Syphilome der Brustdrüsen. Syphilis durch Säugung, von Gravagna . 173
Über die Syphilis der Placenta, von A. Schwab..... 205
Allgemeine Paralyse und Syphilis, von Alfred Fournier..... 206. 262. 503. 636
Ergänzende Bemerkungen über Spirochaeta pallida Schaudinn 206
Über kongenitale Syphilis und Spirochaeta pallida Schaudinn, von C. Levaditi 207
Über den Syphiliserreger, von Maratin..... 207
Über Menorrhagien und Metrorrhagien syphilitischen Ursprungs, von Giovanni Franceschini..... 207
Über Uterinsyphilis, von Giovanni Franceschini..... 208
Über einige Unvereinbarkeiten bei Arzneimitteln, von L. Devaemont 208
Fragment aus Campanas Handbuch der Syphilographie..... 209
Positiver Ausfall der Impfung eines Gumma, von Finger 244
Papulöses Syphilid mit Psoriasis, von Nobl..... 245
Sekundärerscheinungen beim Affen 246
Technik, Zusammensetzung, Dosis und Verlauf der Behandlung der Syphilis mittels intramuskulärer Injektionen von Oleum cinereum, von Le Pileur.. 259
Über Syphilis bei Ammen und Säuglingen, von A. Pinard..... 260
Primäraffekte der Mamma. Syphilisübertragung durch Stillen, von Gravagna . 261
Über die Diagnose der Syphilis im Augenblicke der Geburt. Mafsregeln zum prophylaktischen Schutze der Ammen, von Gailleton 262
Über Nephritis luetica in der Sekundärperiode, von Josseraud 263
Darf man aus leichten Frühsymptomen der Syphilis auf spätere Prozesse des Nervensystems schliefsen? von Howard P. Collings..... 264
Ein Beitrag zum Studium der Prognose der Syphilis, von Noah E. Aronstam 264
Einige vernachlässigte klinische Punkte bei Syphilis, von Samuel Horton Brown 266
Zur Ätiologie der Syphilis, von A. Pasini..... 268. 573
Über die neuesten Entdeckungen von Protozoen bei der Syphilis, von A. Pasini 268
Die Debatte über die progressive Paralyse in der Académie de médecine. — Claude Bernard und die Statistik, von Leredde..... 314
Intramuskuläre Hg-Injektionen bei der Syphilisbehandlung, von William B. Trimble..... 315
Harnröhrenschanker mit irreführenden Komplikationen, von Louis Grofs..... 316
Ulcus specificum der Oberlippe. Nekrose und Sequesterbildung im Oberkiefer, von Henri Rodier..... 317
Zwei Fälle von syphilitischer Haut- und Bindegewebsgangrän, von Ch. Audry. 318
Ein abnorm grofses Syphilid in der Nähe des primären Schankers, von Hallopeau und Deroye 319
Zwei Fälle von Syphilis hereditaria unter dem Bilde der Tuberkulose..... 319
Statistische Untersuchungen der pathologisch-anatomischen Luesbefunde am Berliner städtischen Krankenhause am Urban, von Felix Rosenberger..... 335
Syphilitisches Fieber, von Cecconi..... 337
Über experimentelle Syphilis beim Affen, von Rudolf Kraus..... 337

Seite

Histologisches über Pseudoleukämie, Lymphosarkome und Syphilome, von Albert Salomon 337
Über Spirochätenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer, von Fritz Schaudinn und Erich Hoffmann 337
Spirochäten bei Syphilis, von Sabolotni 338
Über die von Schaudinn und Hoffmann bei Syphilis gefundene Spirochaeta pallida, von Tschlenow 338
Über protozoenartige Zellen in der Niere eines syphilitischen Neugeborenen und in der Parotis von Kindern, von Ribbert 338
Zur Kenntnis der hämorrhagischen Hautsyphilide, von Sigismund Kaiser.... 339
Untersuchungen über die Lebensdauer bei erworbener Syphilis, von Heinrich Knabe 339
Beiträge zur Kasuistik und Statistik der extragenitalen, syphilitischen Primäraffekte, von Kurt Friedmann 340
Demonstration von Präparaten eines Falles von Syphilis maligna, von A. Buschke 340
Syphilom des Ciliarkörpers, von Hermann Knapp 340
Die Keratitis parenchymatosa bei akquirierter Lues, von Arthur Wandel 340
Die Augenerscheinungen bei der hereditären Lues, von Terrieu 340
Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Bauchgeschwülste 341
Die Ätiologie der Lebercirrhose, von Heinrich Danne 341
Die Krankheiten der Leber und der Gallenwege auf der ersten medizinischen Klinik und Abteilung des Herrn Prof. P. Bauer in den Jahren 1899 bis 1908 inkl., von Martin Sundheimer 341
Über Nephritis syphilitica acuta im Frühstadium der Syphilis, von Walther Haupt 342
Ein Fall von wahrscheinlich syphilitischer Schrumpfniere im Kindesalter, von Bronislawa Pallulon 342
Diabetes insipidus und Syphilis, von Carl Grünbaum 342
Über zwei Fälle von Syphilis der Muskeln, von Tacelli 343
Beitrag zur Kenntnis der Muskelgummata, von Karl Teehnau 343
Syphilis der Lunge, Phthise vortäuschend, von William E. Hughes und Robert N. Willson 343
Über Lungensyphilis, von Wermel und Solowjew 343
Über Lungensyphilis, nebst Bericht über den pathologisch-anatomischen Befund bei einem solchen Falle, von T. A. Claytor 344
Über einen Fall von gummöser Myocarditis, von Adolf Rauscher 344
Ein Fall von Herzaneurysma, wahrscheinlich auf luetischer Basis, von Walther Falke 344
Zur Lehre über die Aortenaneurysmen, von Karl Vix 344
Drei Fälle von Aortitis syphilitica, von Kinji Takiguchi 345
Über Mesaortitis gummosa, von Paul Beck 345
Ein Fall von Endaortitis luetica, von Hans Joachim 345
Verblutung aus der durch zerfallendes Gumma eröffneten Pulmonalarterie, von Hermann Fittje 345
Ein Beitrag zur Kasuistik der Hirnhämorrhagien bei hereditärer Syphilis (!) der Neugeborenen, von August Bongartz 346
Die bei Erkrankungen der Meningen beobachteten Erscheinungen mit besonderer Berücksichtigung der okularen Symptome, von Albert Nacht 346
Statistisch-kasuistische Beiträge zur Pathogenese der Hirnapoplexie, von Ludwig Wolfrum 346
Krämpfe auf luetischer Basis, von Japha 347
Encephalitis syphilitica disseminata, von A. M. Barrett 347
Psychische Begleitsymptome der Hirnsyphilis, von Zichen. Diskussion 347
Ein Beitrag zur Kenntnis der cerebrospinalen Lues, von R. Knoch 347
Ein Fall von Lues cerebri mit schwerer Psychose unter dem Bild eines langdauernden Stupors, von Berthold Lewin 348
Beitrag zur Kasuistik der Lues spinalis, von Theodor Burgdorf 348
Über allgemeine Paralyse und Syphilis, von L. Marchand 348
Ein Fall von syphilitischer Pseudoparalyse, von Jacob Sobel 348
Zum Problem der Ätiologie der Tabes, von O. Rosenbach 349
Zwei Fälle von spät aufgetretener Tabes bei hereditären Syphilitikern, von Bertolotti 349
Über den Einfluß der Quecksilberbehandlung auf das Auftreten der tertiären Lues, von Wilh. Lange 349

Seite

Über die Behandlung der malignen Syphilis, von A. Buschke 349
Über Syphilisbehandlung im Anfangsstadium, von Filaretopoulos 350
Therapeutische Notizen zur Syphilisbehandlung, von A. Lieven 350
Aktive und passive Bewegung bei der Behandlung der Syphilis, von Nathan T. Beers 350
Über intramuskuläre Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate bei Syphilis, von Herm. G. Klotz 351
Das Hermophenyl in der Behandlung der Syphilis, von Julius Mangin 352
Enesol, ein neues Quecksilberpräparat zur Injektionstherapie der Syphilis, von Emil Habrich 352
Überimpfung von Syphilis auf den freien Lidrand von Makaken, von G. Thibierge und P. Ravaut 377
Die Spirochaeta pallida von Schaudinn und Hoffmann und die Bakteriologie der Syphilis, von E. Dalous 378
Syphilis buccopharyngealis; mehrfache und nach einander auftretende Schanker, von V. Texier und Henri Molherbe 378
Die Spirochaeta pallida (Schaudinn), von Bayet und Jacqué 379 572
Die Syphilisansteckung des Arztes im Beruf, von Douglas W. Montgomery 386
Die Verbreitungswege der Syphiliskeime im Organismus, von H. Hallopeau ... 439
Übertragung der Syphilis durch eine Zahnbürste, von Gaucher 440
Zwei Fälle von wahrscheinlicher Reinfektion, von E. Glawtsche 446
Zwei Fälle von Nervensyphilis, von W. Diedrichson 447
Die Heilbarkeit der Syphilis und ihre Behandlung, von P. Kowalewsky 447
Zahndystrophien bei Syphilis hereditaria; Hechtzähne, von P. Frolow 447
Zur Pathologie und Chirurgie der Osteomyelitis gummosa der langen Röhrenknochen, von Landow 486
Ein Fall von Venensyphilis im Sekundärstadium, von Karl Marcus 488
Die Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft, von Gaucher und Bernard 502
Über intramuskuläre Injektionen einiger Quecksilbersalze bei der Behandlung der Syphilis, von Lévy-Bing 502
Über die Bakteriologie der Syphilis. Die Färbemittel der Spirochaeta pallida, von Lévy-Bing 504
Spirochaeta pallida im Blute von Syphilitischen, von Lévy-Bing 540
Über den Einfluſs des Quecksilbers auf die Spirochaeten im allgemeinen und besonders auf die Spirochaeta pallida, von A. Lévy-Bing 504
Der Syphiliserreger und der Hämatozoaire von Laverau, von Emil Legrain .. 504
Über die Natur, Kultur, Impfung und präventive Vaccination des Syphiliserregers, von Henry Pommay 505
Spirochaeta Schaudinn in syphilitischen Schankern, von Omeyrat und Soltrain 505
Über die Benennung des Syphiliserregers, von Vuillemin 505
Über tertiäre erworbene oder hereditäre Syphilis der inneren Geschlechtsorgane der Frau, von T. Barthélemy 505
Aortitis syphilitica, von Bruhns 562
Zur Revision des „Gesetzes von Profeta", von A. 573
Aus der dermatosyphilopathischen Klinik, von Calderone 573
Statistische Übersicht des „Dispensario celtico governativo" zu Modena, von Ferrari 574
Spirochaeta pallida Schaudinn, von Sokolow 622
Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die exsudative syphilitische Meningitis, von Krönig 622
Über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse von der Spirochaeta pallida, von Hans Hübner 627
Die wesentlichsten Schädigungen, welche bei den Injektionen von Oleum cinereum bei der Behandlung der Syphilis vorkommen können, von L. Bizard 633
Über Syphilis der Trachea, von Milian 634
Über Syphilis tertiaria aquisita aut hereditaria der inneren weiblichen Geschlechtsorgane, von T. Barthélemy 636
Über die Behandlung der syphilitischen Coryza bei Neugeborenen, von Laurens 636
Über die gute Wirkung des grauen Pulvers (Merkur mit Kreide) bei der hereditären Syphilis, von Variot 637

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a) Oberhaut.

Seite

Eine Untersuchung über die Ätiologie des Ekzema infantile, von Arthur J. Hall ... 20
Die vegetarische Diät bei der Behandlung der Akne rosacea, von Leredde ... 67
Akne urticata, von Ludwig Waelsch ... 67
Psorospermosis follicularis vegetans Darier, von J. Bukovsky ... 87
Ätiologie und Pathogenese der Akne vulgaris, von Daccó ... 106
Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese des Ekzems, von Panichi ... 106
Ekzem en plaques, von Ehrmann ... 148
Keratoma hereditarium palmare et plantare, von Ullmann ... 148
Erythrodermia universalis, von Finger ... 149
Zur Identität der Parakeratosis variegata mit einigen anders benannten Krankheitsformen, von J. Csillag ... 150
Zur Röntgenbehandlung der Sycosis simplex, von G. Scherber ... 156
Pompholyx, von Antonio M. Crispin ... 170
Ein Fall von parasitärer Sykosis, übertragen vom Rinde, von Breakey ... 171
Eine Untersuchung über die Ätiologie des Kinderekzems, von Arthur J. Hall 209
Über Tinea imbricata, von Aoki ... 210
Folliculitis nuchae sclerotisans, von Ehrmann ... 245
Zur Pathologie der Hyperkeratosen, von Franz Samberger ... 249
Dermatitis coccidioides, von Douglas W. Montgomery ... 264
Die dauernde Heilung der Akne rosacea durch Elektrolyse, von Fitzpatrick .. 265
Ein Beitrag zu Staphylokokkendermatosen, von William Frick ... 266
Zur Kenntnis der Hyperkeratosen, von F. Bering ... 270
Exsudationen und Keratosen, von J. F. Selenew ... 373
Behandlung des Ekzems mit Radiotherapie, von Leredde und R. Martial ... 379
Eine Untersuchung über die Ätiologie des Säuglingekzems, von Arthur J. Hall 384
Zwei Fälle von Pityriasis rubra Hebrae, von Karl Barthélemé ... 389
Zwei Fälle von Dermatitis exfoliativa, von P. S. Bird ... 389
Über Vernix caseosa, hereditäre Seborrhoe und fötale Akne, von L. Jacquet und Rondeau ... 389
Die Histopathologie der Seborrhoe, der seborrhoischen Dermatitis und der Psoriasis, von R. W. Brimacombe ... 389
Über Psoriasis vulgaris und deren Behandlung, von Eugen Gerstle ... 390
Die Sabouraudsche Methode der Behandlung von Tinea tonsurans, von J. L. Bunch ... 390
Ein Fall von eiteriger Mastitis infolge von impetiginösem Ekzem, von Condulmer 390
Pemphigus neonatorum, von J. L. Folly ... 390
Über die Beziehungen zwischen Comedo, Akne, Furunkel und die Art ihrer Behandlung, von Beschoven ... 391
Scabies in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Canada, von J. N. Hyde 391
Über Leukoplakia linguae mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ätiologie und Histologie, von Heinrich Dillmann ... 391
Ein Fall von Darierscher Krankheit. (Ein Beitrag zur Stellung dieser Dermatose), von Theodor Schwab ... 401
Acne vulgaris, von Edmund L. Cocks ... 442
Ekzem, von Jchiel T. Moore ... 443
Die Behandlung der Intertrigo bei Kindern, von Louis Fischer ... 443
Akne und ihre Behandlung, von Georg H. Candler ... 444
Therapie der Follikulitiden, von A. Pospelow ... 447
Ein Fall von Keratosis follicularis, von H. C. Curl ... 496
Beiträge zur Lehre von Impetigo, von Dohi und S. Kurita ... 505
Pityriasis lichenoides chronica, von Blank ... 561
Psoriasis cornea, von Saalfeld ... 562
Psoriasis. Erfolg der Behandlung, von Cerulli ... 574
Ein Fall von Creeping-Eruption, von J. B. Shelmire ... 632

b) Cutis.

Ulcus molle extragenitale der linken Hand mit schweren Komplikationen, von Bâtut ... 22
Typischer Anschlag von Lichen planus, von Baum ... 52

Seite

Dermatitis pustulosa praemycosica, von Ch. Audry ... 60
Über Erythema induratum (Bazin), von Franz Hirsch ... 84
Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber planus, von S. Bettmann ... 90
Augenblicksheilung von Erysipel, von Taylor ... 96
Über einen atypischen Fall von Erythema induratum Bazin ... 105
Klinische und pathologisch-anatomische Bemerkungen über einen Fall von Mykosis fungoides, von Ramazzotti ... 106
Erythema nodosum, von Isaac A. Abt ... 170
Lichen planus verrucosus, von Ravogli ... 171
Bericht über einen Fall von Blastomykosis, von H. Koehler und G. C. Hall .. 172
Ein weiterer Beitrag zu unserer Kenntnis des Erythema induratum, von Arthur Whitfield ... 208
Über die Therapie der Bubonen, von T. Ohno ... 212
Rhinosklerom, von Freund ... 246
Zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin), von Alfred Kraus ... 248
Klinische und bakteriologische Untersuchungen über das Ulcus venereum, von R. Lipschütz ... 248. 369
Über einen Fall von zum Teil gangränösen Chancres mixtes an Lippe und Zunge mit später auftretendem Pseudoschanker am Unterarm, von Erich Hoffmann ... 251
Die Behandlung der Bubonen nach der Poroszschen Methode, von J. Barabàs. 255
Ein Fall von Pyodermite végétante, von Reinhold Ledermann ... 391
Die Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica), von Moritz Oppenheim... 392
Ein Fall von Pustula maligna cutanea, von Scherbakow ... 393
Die Framboesia (Pian) an der Elfenbeinküste, von Cannac ... 393
Ein Fall von Pemphigus vegetans mit besonderer Berücksichtigung der Histologie, von Karl Bernhard ... 394
Ein Fall von ausgedehnter Diphtherie der Haut nebst Untersuchungsresultat am Nervensystem, von C. Bolton und D. Brewer ... 394
Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie des Noma, von Shichiro Akijama ... 394
Ein Fall von Rhinosklerom,von A. Buschke ... 394
Über einen Fall von Rhinosklerom, von Bruno Lichthorn ... 394
Ein Beitrag zur Histologie der Mycosis fungoides, von Ernst Mühsam ... 394
Über Mycosis fungoides, von Alfred Witkowski ... 394
Die Lichtbehandlung bei Mycosis fungoides, von J. Belot ... 394
Beitrag zur primären Hautaktinomykose des Menschen, von Wilhelm Dreyfus 395
Über Aktinomykose und Syphilis des Musculus sterno-cleido-mastoideus, von Georges Martinet ... 395
Über Endresultate der Behandlung der Aktinomykose, von Georg Heinzel... 395
Guter Erfolg durch Antistreptokokkenserum bei einem schweren Erysipelfall, von Arthur Jordan ... 395
Zwei Fälle von eiteriger Mediastinitis nach Erysipel, von Max Brinkmann... 395
Zu der Mitteilung von Professor Franke über Erysipelbehandlung, von Gustav Doberauer ... 395
Beitrag zur Frage der Wirksamkeit innerer Medikation beim Erysipel ... 395
Guter Erfolg durch Antistreptokokkenserum bei einem schweren Erysipelfall, von Arthur Jordan ... 396
Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Feldmann: Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Erysipel mit Argentum colloidale, von Löwenheim ... 396
Beitrag zur Kasuistik der Elephantiasis penis, von Willy Pullmann ... 396
Elephantiasis nach Lymphdrüsenexstirpation, von Hermann Luiken ... 396
Zwei Fälle von Elephantiasis bei Dementia praecox, von Westphal ... 396
Beitrag zur Therapie der auf Ulcus molle folgenden Bubonen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung mit Salzwedelschen Spiritusverbänden, von Louis Sonntag ... 397
Über zwei Fälle von Ulcus phagedaenicum der Genitalgegend, von Parlato... 397
Versuche mit Cerolin bei Behandlung von Furunkulose, von J. Meisels und L. Brauner ... 397
Die Behandlung des Furunkels ... 397
Behandlung der Furunkulose und Folliculitis mit Hefepräparaten, von A. von Kirchbauer ... 397
Über einen seltenen Fall von Lichen ruber acuminatus, von Eugen Brandts . 397
Eine einfache, erfolgreiche Erysipelbehandlung, von W. M. Jordan ... 442

Seite
Drei Fälle von Digitalschanker, von N. Djatschkow 447
Über multiple Ulcera mollia, von N. Djatschkow 447
Die Antraxepidemie im Samaschen Gouvernement, von Kudisch 447
Abcesse der Dammgegend und diffuse Phlegmonen, von W. Motz und J. Barrina 448
Eine besondere, den Primäraffekt vortäuschende Art des Ulcus molle, von S. Jakowew 448
Über die maignen Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung, von Rosenbach ... 486
Ein Fall von Lichen ruber accuminatus, von Sakurane und S. Okuhawa 507

Progressive Ernährungsstörungen.

a) Maligne.

Bemerkungen über die Histopathologie des multiplen idiopathischen hämorrhagischen Sarkoms 20
Hautepitheliom durch Röntgenstrahlen geheilt, von Gaucher, Lacrapère und Delherm 23
Über die Pagetsche Krankheit (Pagets disease of the nipple), von M. A. Tschlenoff 55
Ein Fall von Epitheliom der Clitoris, von P. Soubeyrau und E. Bosc 104
Über die Verruca senilis und die aus ihr entstehenden Epitheliome, von Ludwig Waelsch 151
Epitheliom, von Ehrmann 244
Klinischer und histologischer Beitrag zur Kenntnis der Hautsarkome, von Migliorini 267. 578
Eine eigentümliche Carcinose der Haut (Carcinoderma pigmentosum), von Pollitzer 364
Was wissen wir über die Ursache der bösartigen Geschwülste? von v. Hansemann 398
Vorläufiger Bericht über einen Immunitätskörper im Blute von Mäusen, welche spontane Carcinombeilung zeigten, und die Wirkung dieses Immunserums auf im Wachstum befindliche Tumoren bei Mäusen, die mit demselben Material geimpft waren, von Harvey R. Gaylord, G. A. H. Clowes und F. W. Baeslack 398
Untersuchungen über die Ätiologie des Carcinoms; das Vorhandensein von Plasmodiophoren in carcinomatösen Neubildungen und die erfolgreiche Züchtung der Parasiten, von W. F. Robertson und H. Wade 398
Die sogenannten Keratohyalin-Granula in Hautkrebsen, von Max Schmeiss... 399
Über Metastasen in inneren Organen bei Plattenepithelkrebs der Haut, von Hermann Schridde 399
Über einen Fall von primärem Schweifsdrüsencarcinom, von Heinrich Deichstätter 399
Ein Fall von Epitheliom des Augenlides, von A. Trousseau 399
Die Behandlung von cutanen Epitheliomata mittels Röntgenstrahlen, von C. M. Williams 400
Über nichtoperative Behandlung von Epitheliomen, von Eduard Schiff 400
Hautcylindrom der Genio-cygomatischen Gegend, von Bevacqua 400
Die Beziehungen zwischen Zellpolymorphismus und Entzündung, untersucht an einem Fall von figuriertem Rundzellensarkom der Haut, von Otto Hug ... 401
Über Röntgenbehandlung von Sarkom, von Tage Sjögren 401
Pagets Krankheit der Glutäalregion und ihre Beeinflussung durch Röntgenstrahlen, von John A. Fordyce 445

b) Benigne.

Ein Fall von Xanthelasma acutum, von Gaucher und Druelle 22
Neurofibromatose, von Saalfeld 52
Über Pseudoxanthoma elasticum Darier, von C. Gutmann 88
Xanthome, von Deutsch 148
Verrucae, von Ullmann 148
Multiple Fibromata mollusca, von Fasal 149
Porokeratosis Mibelli, von Heidingsfeld 178
Xanthoma tuberosum, von Mraček 245
Über das umschriebene Lymphangiom der Zunge, von Goffredo Sorrentino. 249

Seite
Über zwei weitere Fälle von Porokeratose, von V. Mibelli ... 257
Über einen Fall von Porokeratosis systematisata, von Mario Truffi ... 257
Ein Fall von multiplen Talgdrüsencysten, von Alexander Mc. Phedran ... 264
Zu der Abhandlung von Truffi „Über einen Fall von Porokeratosis systematisata" von V. Mibelli ... 377
Ein Fall von Akanthosis nigricans im Anschluß an ein Carcinoma mammae, von Menahem Hodara ... 378
Ein Fall von Neurofibromatose (Recklinghausensche Krankheit), von Michael Steiner ... 401
Einige Fälle von Fibroma molluscum (Virchow), von Alwin Fritz ... 402
Ein Fall von Fibroma molluscum, von J. N. Bloom ... 402
Die Rolle der Heredität in der Ätiologie des Xanthoms, nebst Mitteilung einer Beobachtung von Xanthom bei drei Geschwistern, von Friedrich Leskien 402
Zur Behandlung der Elephantiasis, von H. C. Curl ... 495
Instrument zur elektrolytischen Warzenentfernung, von Saalfeld ... 562
Beiträge zur Pathologie der spitzen Kondylome, von Julius Heller ... 625

c) Pigmentanomalien.

Addisonsche Krankheit, von Wechselmann ... 53
Über einen chronischen, pigmentierten, hyperämisch-papulösen Ausschlag (Urticaria pigmentosa?), von A. Gassmann ... 54
Melanom, von James C. Johnston ... 172
Pigmentationen, von Scherber ... 245
Vitiligo, von Spiegler ... 246
Ein Fall von herdförmiger Pigmentanomalie der Kopfhaare, von Hans Vörner 252
Das Melanom, von James C. Johnson ... 263
Die Fordycesche Krankheit, von Charles J. White ... 263
Beiträge zur Kenntnis des Morbus Addisonii, von Pascal Müller ... 403
Die maulbeerfarbigen Hautflecke bei Japanern und anderen farbigen Rassen — ein Zeichen der Negerdeszendenz, von Albert S. Ashmead ... 446

Regressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von diffuser Sklerodermie. Beträchtliche Besserung durch Behandlung mit Schilddrüse, von P. Ménétrier und Louis Bloch ... 66
Sklerodermie, von Ehrmann ... 147
Atrophia cutis idiopathica, von Oppenheim ... 148
Lupus erythematosus, von Ehrmann ... 149
Zur Histologie der Melanosis lenticularis progressiva (Xeroderma pigmentosum), von Victor Bandler ... 151
Lupus erythematosus, von Ehrmann ... 244
Lupus erythematosus, von Mraček ... 244
Lupus erythematosus disseminatus, von Nobl ... 245
Atrophia arteficialis, von Nobl ... 246
Atrophia cutis idiopathica, von Oppenheim ... 247
Zur Therapie des Unterschenkelgeschwürs, „doppelter Binde" (Vörnersche Methode), von Hugo Rath ... 253
Kreisförmige Sklerosen der Finger, von Ch. Audry ... 318
Zur Kenntnis der entzündlichen Atrophie des subcutanen Fettgewebes mit Bemerkungen zur Arbeit des Dr. Tokuyiro Suzuki, von Karl Löwy ... 371
Die Behandlung der Varicen und der Phlebitis, von Lucas-Championière ... 403
Beitrag zur operativen Behandlung der Unterschenkelvaricen, von Rudolf Strech 403
Über die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs, von Alfons Heller ... 403
Zur Behandlung der Varicen und der varicösen Ulcera, von Alwin Pentz ... 403
Radikaloperation bei Ulcus cruris, von Schneiderlin ... 403
Die Varicen der unteren Extremitäten, ihre Entstehung, ihre Folgen und ihre Behandlung, von Josef Heesel ... 403
Neuere Arbeiten über Narbenbildungen und Regeneration, von H. Beitzke ... 404
Zur Behandlung des vorzeitigen Haarausfalles, von Edmund Saalfeld ... 404
Zwei Fälle von idiopathischer Atrophie der Haut, von Friedrich Dietz ... 406
Beiträge zur Kenntnis der Gangrän der unteren Extremitäten, von Wilhelm Kimmel ... 406

Seite

Über die Ursachen der Spontangangrän der Extremitäten, von Johannes Thiele 406
Beitrag zur diätetischen und operativen Behandlung der diabetischen Gangrän, sowie der senilen und spontanen Gangrän, von Heinrich Schmidt 406
Xeroderma pigmentosum (Kaposi) bei zwei verwandten Familien, von Michael Terterjanz 406
Ein Fall von diffuser Sklerodermie mit ungewöhnlich starker Pigmentierung der Haut und Schleimhäute (Morbus Addison?) von Usabro Tsuchida 407
Zur Kasuistik der Sklerodermie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie derselben, von Johannes Vorschütz 407
Ein Fall von Sklerodermie, von Kurt Herz 407
Über Katarakt in Verbindung mit Sklerodermie, von Otto Werner 407
Beitrag zum Studium der Sklerodermie, von Ed. Payot 407
Die Sklerodermie und die Theorie über ihre Pathogenese, von Siciliano 407
Idiopathische Hautatrophie, von Blaschko. Striae atrophicae 561
Streifenförmige Sklerodermie, von Pinkus 562
Über die durch Zahnaffektionen bedingte Alopecia areata (Pelade de Jacquet), von J. Laumonier 571
Über Fibroma molluscum Virchow, von Hans Vörner 624
Weitere Beobachtungen über chronische atrophisierende Akrodermatitis, von Karl Herxheimer 631
Trichorrhexis nodosa, von Heidingsfeld 631

Idioneurosen.

Die Behandlung des Pruritus vulvae mit Zinkpaste, von Leredde 168
Ein Fall von idiopathischen Schleimhautgeschwüren der Zunge, von Schourp . 490

Sekretionsanomalien.

Über einen eigentümlichen Fall von circumskripter profuser Hauttalgsekretion (ein Beitrag zum Nerveneinfluß auf die Hauttalgabsonderung?), von Thomas von Marschalko 626

Saprophyten und Fremdkörper.

Beitrag zur Filariakrankheit der Menschen und Tiere in den Tropen, von Hans Ziemann 407
Die Filarien des menschlichen Blutes, von R. Penel 408
Dengue in der isthmischen Kanalzone, von Dudley Newcomb Carpenter und Richard Lightburn Sutton 408
Über das Vorkommen des Ankylostoma in der Haut, von W. Dubreuilh 409
Über die Loossesche Lehre, betreffend die Einwanderung der Ankylostoma-Larven durch die Haut, von Tenholt 409

Mißbildungen.

Ein Fall von „systematisiertem Naevus", von Rudolf Polland 87
Verrucae digitatae auf einem Naevus pigmentosus, von Ch. Audry 318
Eine neue sichere Epilationsmethode durch Stanzen, von Kromayer 410
Die neue sichere Epilationsmethode Kromayers und die Elektrolyse, von Wilh. Kühn 410
Erwiderung auf obigen Artikel, von Kromayer 410
Ein Fall von universeller kongenitaler Atrichie, von A. E. Eshner 410
Ein Fall von Naevus linearis verrucosus, von Georg Köhlein 411
Untersuchung eines Falles von Naevus linearis verrucosus unilateralis (Naevus nervosus oder Naevus systematisatus), von Menahem Hodara 439
Die Behandlung der Hypertrichosis, von Charles Malbory Williams 442
Trichonodosis, von Saalfeld 562

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Seite

Zur Sterilisation elastischer Katheter, von C. Adrian 57
Zur Technik der Endoskopie, von H. Pollock 58
Infektiöse polymikrobielle Prostatitis und Cystitis, Heilung, von Benoit du Martouret 63
Urotropin und Helmitol: ihre therapeutische Wirkung nach den Resultaten der experimentellen Untersuchungen und der klinischen Beobachtungen, von F. P. Guiard 63. 64. 202. 204. 499. 569
Einige Worte über die Onanie, von Ch. Féré 63
Über die Behandlung der Prostatiker im Stadium der inkompletten, chronischen, aseptischen Retention mit Dilatation der Blase, von Nicolich 64
Ein seltener Fall von Hermaphroditismus, von M. Hirschfeld 94
Über Aplasie der Genitalien, von Erich Erb 121
Der Pneumococcus Fraenkel als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen, von Picker 154
Inwieweit beeinträchtigt eine Bougiekur die Erwerbsfähigkeit? von C. Posner. 155
Zur physikalischen Therapie des Harn- und Geschlechtsapparates, von Laskowski 155
Über sexuelle Neurasthenie, von M. A. Stern 256. 492. 564
Geschlechtswandlungen und psychische Impotenz, von Kiernau 266
Bemerkungen über einige neuere diagnostische Hilfsmittel bei Urogenitalerkrankungen, von F. D. Gray 266
Psychische Impotenz, von William Lee Howard 266
Über den Gebrauch der Katheterrohre, der Katheterhaken und des Katheterkorbes, von Goldberg 373
Einfaches Stativ für Cystoskope, Urethroskope und ähnliche Instrumente, von Ernst R. W. Franck 378
Weiteres über Kathetersterilisation; ein urologischer Universal-Sterilisator, von Grosse 375. 563
Beitrag zur Lehre vom Hermaphroditismus, von Ernst Unger 411
Über Adenome der männlichen und weiblichen Keimdrüse bei Hermaphroditismus verus und spurius, von Ludwig Pick 411
Die Beziehungen von Harnröhrenerkrankungen zu sexuellen Neurosen, von J. Bentley Squier 441
Vollständige Abreifsung des Hodensacks, linken Hodens und der Penishaut, von Alfred C. Wood 444
Schwellung des Penis und Skrotum, von Isaac II 561
Übersichtsreferat, von Goldberg 623

a) Penis, Urethra und Blase.

Über Urethritis non gonorrhoica und Irritationsurethritiden, von R. Loeb 18
Laienbehandlung einer Harnröhrenverengerung und Urinverhaltung, von C. J. Ringwell 26
Einige Betrachtungen über die Technik der Harnröhren- und Blasenspülungen, von Melun 27
Was leistet die Cystoskopie bei Verletzungen der Blase und den Ureteren? von Leopold Thumim 27
Eine einfache Methode der Cystoskopie, von M. C. Millet 27
Die Tumoren der Harnblase, von Hugo Fengler 28
Zur Therapie der Blasengeschwülste, von Leopold Casper 28
Ein Fall von Papillom der Blase, kompliziert mit Pyonephrose, mit Bemerkungen über die chirurgische Behandlung von Papillomen, von Charles Greene Cumston 29
Ein Fall von Blasenpapillom mit Prolaps durch die Harnröhre, von Richard Zimmermann 29
Über ein Sarkom der Harnblase mit seltener Generalisierung und sarkomatösen Magengeschwüren, von M. Löwenheim 29
Die Tumoren der Blase und die Genitaltuberkulose, von Guyon 30
Beitrag zur Pathologie und Therapie der Cystitis tuberculosa, von Heinrich Scherb 30

Seite

Steinbildungen in tuberkulösen Blasen, von Rochet und Horand 31
Ein Beitrag zum Kapitel der Blasensteine, von K. Pingel..... 31
Blasensteinbildung nach Pfählungsverletzung, von Robert Plattner..... 31
Blasensteine, die aus der Kindheit stammen, von Guyon 32
Fremdkörper der Harnblase und ihre Beziehungen zur Steinbildung, von Heinr. Worminghaus..... 32
Die Fremdkörper der Blase, von Guyon..... 32
Grofser lumbaler Abscefs spondylitischen Ursprungs, in die Harnblase durchgebrochen und für eine Pyonephrose gehalten; intravesikale Tenuung des Urins; Cystoskopie; Operation; Heilung, von F. Cathelin 32
Harnphlegmone in der oberen Perineallage, von Stefanescu..... 33
Über Blasenruptur, von Walter Nobe 33
Über Harnblasendivertikel mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entstehung, von Josef Herbting..... 33
Vernarbungs-Blutgefäfse bei Geschwüren der Harnblase, von Gustav Kolischer 33
Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs; Urotropin und dessen Ersatzmittel, von C. Posner 34
Über Cystitis gangraenosa bei der Frau, von Staeckel..... 34
Über einen Fall von spontaner akuter Gangrän der Haut des Penis und des Scrotums, von Joseph Bayer..... 34
Einige Fälle von Harnröhrenstriktur mit der Komplikation eines falschen Weges durch die Prostata; Bemerkungen dazu, von R. Harrison 35
Primäres Sarkom der Blase, von J. A. Wilder..... 35
Über einen Fall von traumatischer, intraperitonealer Blasenruptur mit Heilung, von Rudolf Pürckhauer..... 36
Fall von grofsem Blasenstein, welcher sich um einen Fremdkörper gebildet hatte, von Tina M. Blaikie..... 36
Grofser Blasenstein, von W. K. Hatch..... 36
Fremdkörper (Haarnadel) in der Blase einer geistesschwachen Epileptischen infolge von Masturbation, von Stakemann..... 36
Über die akuten nicht-blennorrhoischen Urethritiden, von Th. Vannod..... 62
Neues Verfahren zur Korrektion der Stellung der cystoskopischen Bilder. von Paul Denis 63
Retrovesikaler Abscefs, spontane Darmperforation nach Eröffnung des Abscesses, von Nicolich..... 63
Über die Anwendung der Urethroskopie bei der Untersuchung der Harnblase und bei der Behandlung der Cystitiden des Weibes, von Georges Luys .. 68
Der Gebrauch des Formalins zu Blasenspülungen, von Gardner W. Allen.... 96
Die lokale Behandlung der chronischen Urethritiden, von Paul Lebreton 100
Die Protargolinjektionen bei der Behandlung der Urethritiden, von d'Amato .. 104
Das Thiosinamin, ein Hilfsmittel in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von E. Remete..... 154
Beiträge zur funktionellen Nierendiagnostik, von Reydel 154
Ein Fall von angeborenem grofsen Blasendivertikel, von Ferdinand Meyer .. 154
Blasendivertikel wahrscheinlich traumatischen Ursprungs, entstanden, ohne dafs ein Hindernis für die Harnentleerung vorhanden war, von Serrallach 167
Ein neues Elektrocystoskop, von William K. Otis..... 168
Die direkte Cystoskopie, von Georges Luys 203
Die Fremdkörper der Blase, von Guyon..... 204
Erythem und septische Pusteleruption; septische Urethritis, von Saraceni..... 210
Abnormität der Urethra , von Paschkis 244
Urethritis acuta, von Ullmann 245
Urethritis non blennorrhoica, Diskussion 247
Neubildungen der Harnblase, von M. Chworostanski..... 257
Ein Fall von papillomatöser Harnröhrenentzündung 265
Über die Diagnose des Blasensteins und über einen ungewöhnlichen, mit Pneumaturie verbundenen Fall davon, von Algernon T. Bristow..... 265
Über Litholapaxie und Lithotripsie bei Hunden, von Reginald Harrison 267
Beitrag zur Klassifikation und Symptomatologie der nicht-blennorrhoischen Urethritiden, von Franceschini 267
Die zuverlässige Diagnose von Blasensteinen mittels Röntgenaufnahmen, von Haberern..... 373
Eine neue Strikturbehandlung, von Paul Asch 373

Seite

Die Cystitis trigoni der Frau, von Arnold Heymann ... 373
Untersuchungen über das Kaliber der Harnröhre bei chronischer Urethritis, von H. Lohnstein ... 376
Hypospadie ersten Grades. Operation nach der Methode Becks. Heilung, von Bilhaut ... 380
Praktisches Verfahren der Blutstillung nach der Meatotomie, von Duhot ... 380
Neues Luftcystoskop ohne optischen Apparat mit einer von der Kuppe des Schnabelteils herabhängenden Lampe, von Cathelin ... 381
Das neue Elektrocystoskop, von William K. Otis ... 411
Zur Kasuistik der Penisverletzungen, von W. v. Grot ... 412
Die Verletzungen des Penis nebst einem Fall von traumatischem Sequester der Corpora cavernosa penis, von Ernst Georg Gross ... 412
Über gutartige Penistumoren, von Hermann Schulz ... 412
Peniscarcinom, von Hermann Bortscheller ... 412
Über eine Art Spontanluxation des Penis, von Eduard Hailer ... 412
Paraurethritis. Anatomische Übersicht mit einem Bericht über zwei Fälle, von J. W. Churchman ... 412
Vorkommen eines paraurethralen Ganges mit cystischen Erweiterungen in der Genitoperinealraphe, von Ernst Spitzer ... 413
Beitrag zur Lehre von der Metaplasie und Keratosis der Urethralschleimhaut, von Carl Brügel ... 413
Urethrorrhoea, von Carl Harlan ... 442
Blasengeschwür, von Fredric Leusmann ... 444
Die Heifswasserbehandlung zur Radikalheilung des Wasserbruches, von Frederik Griffith ... 444
Staphylokokkenurethritis nach Coitus ab ore, von Ollive und Léquyer ... 450
Zur Technik der Dislokation der Urethra bei der Hypospadie und anderen Läsionen der Harnröhre, von Beck ... 450
Beitrag zur plastischen Chirurgie der Harnröhre, von G. Frank Lydston ... 451
Behandlung der Strikturen der Harnröhre des Mannes, von Heinrich Richter 451
Über einen Fall von reflektorischer Anurie, von Francesco Zuccala ... 451
Über Cystitis, von C. C. Thayer ... 452
Ein Fall von akutester Cystitis (Chaude pisse), von Willi Hirt ... 452
Histologische und experimentelle Untersuchungen über den Wiederherstellungsprozefs von Harnblasenläsionen, von Fracassini ... 452
Über die Diagnose und Behandlung der tuberkulösen Affektionen der Harnblase, von A. N. Hagmann ... 452
Beitrag zur Histologie, Diagnose und Behandlung der Harnblasentumoren, von Alessandri ... 453
Grosser Blasenstein, von C. T. Hudson ... 453
Über einen Fall eines in der Harnblase perforierten Fremdkörperabscesses, von Edmund Homa ... 453
Die Varicen der Harnblase in ihren Beziehungen zur Diagnose und Behandlung der Blasensteine, von Leotta ... 454
Über Harnblasengeschwülste bei Anilinarbeitern, von Rehn ... 487
Intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten, von Weinrich ... 487
Entzündliche Verengerung der Pars posterior urethrae, von Edward L. Keyes jun. 497
Neue Methode der Cystoskopie; Luftcystoskop zur direkten Besichtigung der Blase ohne optischen Apparat mit umgekehrter, von oben herabhängender Lampe, von Cathelin ... 496
Das Luftcystoskop. Kritische Bemerkungen, von Max Weinrich ... 498
Die urethro-rektalen Fisteln nach perinealer Prostatektomie ... 500
Antwort an Max Weinrich-Berlin, das Luftcystoskop betreffend, von F. Cathelin 501
Helmitol gegen Cystitis, von T. Tanaka ... 506
Bemerkung zur Antwort Cathelins an Max Weinrich-Berlin, von Eynard ... 632
Über den Katheterismus bei Kranken mit Harnröhrenverengerungen, von J. Oraison ... 634

b) Hoden und Samenblasen.

Gibt es eine wirkliche Spermatorrhoe? Was sind das für Kranke, die an sogenannter Spermatorrhoe leiden? Von Rochet ... 37
Über eine eigentümliche Anomalie von Hodenlokalisation, von Cohn ... 37

Seite

Die Torsion des Samenstranges, von Wilhelm Abel ... 37
Ein Fall von Torsion des Samenstranges, von E. Grunert ... 37
Über unvollständige Torsionen des Samenstranges mit spontanem Rückgang, von Heinrich Mohr ... 38
Torsion des Samenstrangs, von Hugo Klingen ... 38
Die malignen Tumoren des Hodens, von Le Dentu ... 70
Carcinom des Hodens nach Trauma, von Artur Laskowitz ... 70
Die intrakanalikuläre Form der Hodentuberkulose. Untersuchungen mit Weigerts Elastinfärbung, von Friedrich Meyer ... 70
Eine neue Methode der Hydrocelebehandlung, von J. Rupfle ... 70
Die Behandlung der Varicocele, von Reclus ... 70
Eine improvisierte Methode der Varicoceleoperation, von Lucien Lofton ... 71
Die Röntgenbestrahlung der Hoden des Mannes, von Philipp ... 71
Die Vereinigung beider Hoden nach Durchschneidung eines Vas deferens, von Gerolamo Gatti ... 164
Die Behandlung der Hydrocele, von Charles Greene Cumston ... 170
Beitrag zum Studium der pathologischen Histologie der Hodeneiterungen, von E. Dalous ... 201
Varicocele und Zwangsvorstellung ... 204
Bemerkung über die Radikalbehandlung der Hodenektopie, von Léon Imbert. 205
Elephantiasis des Hodensacks, von William Francis Campbell ... 266
Samenblasenschnitt, von Füller ... 267
Über die Operation der vollkommenen Entmannung bei krebskranken Männern (Emuskulation totale), von Maximow ... 373
Über Priapismus, von M. Margouhes ... 446
Beiträge zur Kenntnis der malignen Hodengeschwülste, von August Wrobel 454
Über radikale und konservative Therapie bei Hodentuberkulose, von Carl Drammer ... 454
Über Hydrocele, von Thos. J. Butler ... 454
Über einen Fall von Orchitis malarica, von Somni ... 455
Ein Fall von chronischer Entzündung der Samenbläschen, Entfernung derselben und Heilung, von Bransford Lewis ... 455
Über Spermatorrhoe und deren Behandlung, von Paul Emil Lévy ... 455
Zur Technik der Spermauntersuchungen, von Wederhake ... 563

c) Prostata.

Prostatektomia partialis ignea oder Bottinische Operation ... 58
Ein Fall von Echinococcuscyste in der Umgebung der Prostata; Operation und Heilung, von Béla Kaveczky ... 65
Die Behandlung der senilen Prostatitis, von A. Guépin ... 68
Notiz zur Reaktion des normalen Prostatasekrets, von Frank Schulz ... 71
Ein Fall von primärem Prostatakrebs, von Alfred Schreiber ... 72
Prostatitisschmerzen und chronische Prostatitis, von Notthafft ... 72
Beitrag zum Studium der Prostatitiden, von Stefanescu ... 72
Über Prostatitis acuta mit Abscefsbildung nach Furunkulose, von August Söhngen ... 72
Über Prostatitis phlegmonosa, von Christoph Bandli ... 73
Über die verschiedenen Formen von Prostatahypertrophie und über ihre Behandlung, von G. Nicolich ... 73
Vorläufiger Bericht über bakteriologische Befunde bei sieben Fällen von Prostatahypertrophie, von L. S. Dudgeon und C. Wallace ... 73
Die Hypertrophie der Prostata, von Legueu ... 74
Harnverhaltung durch Prostatahypertrophie, von Parker Syms ... 74
Die akute Harnretention bei Prostatikern, von J. Jullien ... 74
Behandlung der Prostatahypertrophie bei inkompletter Harnretention mit Blasendilatation, von G. Nicolich ... 74
Über Prostatectomie bei Prostatahypertrophie, von J. J. E. Quéré ... 75
Über Prostatectomia totalis transvesicalis subpubica, von A. Carmouzé ... 75
Die konservativen Methoden und die Prostatektomie bei der Behandlung der Prostatiker, von Le Fur ... 75
Prostatektomie im allgemeinen und besonders auf dem perinealen Wege, von George Goodfellow ... 75

Seite

Prostatektomie. Ist es gerechtfertigt, alle Fälle nach einer Methode operieren zu wollen? von Eugène Fuller ... 76
Untersuchungen über Prostatasekret, insbesondere die Corpora amyloidea, von Fr. Bering ... 88
Ein operierter und geheilter Fall einer in der Prostatagegend sitzenden Echinococcuscyste, von Béla Kaveczky ... 93
Die Behandlung der Vorsteherdrüsenvergrößerung, von George R. White ... 96
Prostatablutungen, von P. Albarran ... 96
Prostatektomie in dringenden Fällen, von John F. Erdmann ... 111
Bemerkungen über 28 Fälle von Prostatektomie, von J. Bentley Squier ... 111
Die Totalenukleation der Prostata im Greisenalter, von P. J. Freyer ... 112
Die Technik der perinealen Prostatektomie, von George Ryerson Fowler ... 112
Die Indikation für Prostatektomie, von Joseph B. Bisell ... 171
Vergrößerung der Vorsteherdrüse, von Frederic W. Marlow ... 171
Über Prostatektomie, von J. Verhoogen ... 372
Wichtige Punkte in der Technik der peritonealen Prostatektomie, von Albert J. Ochsner ... 383
Über die Verteilung des elastischen Gewebes in der Prostata des Menschen und der Tiere, von Cosentino ... 456
Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie, von Heinrich Mohr ... 456
Unblutige perineale Prostatektomie unter Lokalanaesthesie, von Martin B. Tinker 457
Konservative perineale Prostatektomie, von Hugh H. Young ... 457
Prostatotomia infrapubica, von Heusner ... 458
Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage, von C. Posner und L. Rapoport ... 459
Bemerkungen zu dem Aufsatz der Herren Posner und Rapoport: „Prostatasekret und Prostatitis“ in Nr. 13 dieser Wochenschrift, von Alfred Rothschild . 459
Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen, von C. Posner ... 459
Über Knochenmetastasen im Verlaufe des Prostacarcinoms, von E. D. J. Davrinche ... 459
Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Kümmel ... 487
Über Prostatektomie, von Czerny ... 487
Radikaloperation eines Prostatacarcinoms, von Lexer ... 487
Über sekundäre Prostatektomie nach Cystostomie, von André ... 499
Das Carcinom der Prostata, von Legueu ... 501
Über Prostatahypertrophie, von S. Akutsu ... 506
Untersuchungen über die Lymphgefäße der menschlichen Prostata, von Caminiti 569
Beitrag zum Studium der Entwicklung der Prostatahypertrophie, von B. Motz und Perearnau ... 632
Praktische und klinische Betrachtungen über die perineale Prostatektomie, von A. Yvert ... 633

d) Nieren, Ureteren und Harn.

Über den diagnostischen Wert der Uroskopie bei chirurgischen Erkrankungen der Harnorgane, von S. Grosglik ... 19
Chylurie und Lymphfistel, von Henck ... 52
Die intravesikale Scheidung des Urins; ihr Wert für die Diagnose des anatomischen und funktionellen Zustandes der Niere, von Th. Tuffier und A. Mauté ... 60
Die Stovainisierung des Rückenmarks bei den Krankheiten der Harnwege, von Pierre Héresco und L. Strominger ... 64
Bemerkung über einen Fall von schwerer Hämaturie hämophiler Natur infolge einer Bougierung, von A. Malherbe ... 65
Die chirurgische Behandlung der Nephritiden, von Victor Pauchet ... 68
Über Harnretention, von K. Ries ... 94
Über die Anästhesierung der Nieren und oberen Harnwege, von M. Lavaux ... 95
Ein Fall von Hufeisenniere während einer Nephrektomieoperation an der Leiche gefunden, von Theodore Mundonff ... 96
Stand der Frage bezüglich der chirurgischen Behandlung der Nierenentzündungen am Ende des Jahres 1904, von A. Yvert ... 100
Über antiseptische Beeinflussung des Harns durch innerlich dargereichte Antiseptica, von Fritz Reché ... 112

Seite

Über die Anwendung des Theophyllins als Diuretikum, von O. Schmiedeberg 113
Über das Vorkommen von reichlichen Cylindern im Harn ohne gleichzeitige Albuminurie, von F. Kraus ... 113
Hämaturie als Symptom der Hydronephrose, Nephrektomie, Heilung, von L. Bolton Bangs ... 114
Über physiologische und pathologische Albuminurie, von H. Senator ... 114
Zur Frage der physiologischen Albuminurie, von W. von Leube ... 116
Albuminurien scheinbar renalen Ursprungs bei Menschen im Alter von ungefähr 50 Jahren, von H. Huchard und Ch. Fiessinger ... 116
Die Albuminurien im Kindesalter, von Leo Langstein ... 116
Ein Beitrag zur Kenntnis der Bence-Jonesschen Albuminurie, von Felix Reach 117
Über orthostatische Albuminurie, von Evoli ... 117
Albumosuria myelopathica, von C. W. P. Moffatt ... 117
Über intermittierende cystische Dilatation der vesikalen Ureterenenden, von Fritz König ... 117
Ein neues Ureterencystoskop für den Katheterismus eines oder beider Ureteren, von Albert Freudenberg ... 118
Zur Histogenese der Ureteritis und Cystitis cystica, von Arthur Hofmann ... 118
Die Neubildung elastischen Gewebes bei chronischen interstitiellen Entzündungen der Nieren, von A. Silberstein ... 120
Ein Fall von Carcinom des Ureters, augenscheinlich verursacht durch einen im juxtavesikalen Abschnitt gelegenen Stein, von William F. Metcalf und Homer E. Safford ... 120
Nierenblutung unaufgeklärten Ursprungs, Aufhören der Blutung nach Nephrotomie, von Benjam. R. Schenck ... 121
Beitrag zum Studium der Nierentuberkulose und ihrer chirurgischen Behandlung, von Alf. Pousson ... 167. 201. 204
Untersuchungen über die Sekretion und Exkretion kranker Nieren, von F. Chatelin ... 204
Die malignen Tumoren der Niere, von Guyon ... 204
Einige Formen der Albuminurie, verbunden mit Nierenspannung und deren Behandlung, von Reginald Harrison ... 266
Versuche über Blut- und Harngifte, von P. Bermbach ... 376
Nächtliche Inkontinenz bei jungen Leuten beiderlei Geschlechts, von J. N. Danforth 381
Akute eitrige interstitielle Nephritis, von Maximilian Goltman ... 440
Einige praktische Gesichtspunkte bei Cystoskopie und Ureterenkatheterismus, von Walter C. Klotz ... 441
Dyspeptische Störungen im Verlauf der Nierenentzündung, von G. Tánago ... 459
Über habituelle Oligurie und reichliche Flüssigkeitszufuhr, von R. Romme ... 460
Über den qualitativen Nachweis des Zuckers im Urin nach W. S. Haines, von J. Strassburger ... 460
Ein Fall von Cyanose und superfizieller Gangrän bei Hämoglobinurie, von Wilhelm Kraft ... 460
Über renale und perirenale Abscesse nach Furunkeln und sonstigen kleinen peripheren Eiterherden, von Jordan ... 487
Die Fibrinurie, von Leon Imbert ... 500
Über die Behandlung der bei Operationen entstandenen Ureterenverletzungen, von F. Bernasconi ... 500

e) Labien, Vagina usw.

Ein Fall von Adenocystoma papilliferum vulvae und ein Fall von Flimmerepithelcyste des Sulcus interlabialis vulvae, ein Beitrag zur Genese der Vulvacysten aus embryonaler Verlagerung von Entodermepithel, von Ludwig Meyer .. 121
Über Elephantiasis vulvae, von Friedrich Paul Schmidt ... 122
Die Behandlung der Katarrhe der weiblichen Genitalorgane, von A. Dührssen. 122
Cysten der Bartholinischen Drüsen mit kurzen Bemerkungen über die Anatomie der normalen Drüsenstruktur, von Thomas S. Cullen ... 460
Über das Vulvacarcinom, von Adolf Goldschmidt ... 460

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Behandlung der Blennorrhoe, von J. Marcuse ... 59
Die rektale Untersuchung, ein diagnostisches und therapeutisches Mittel bei der akuten blennorrhoischen Urethritis, von Paul Lebreton ... 62

Seite

Die blennorrhoische Pleuritis, von Lemoine und Gallois ... 67
Zur Frage der Blennorrhoeheilung und des Ehekonsenses bei Blennorrhoe, von Leonhard Leven ... 87
Über die blennorrhoische Urethritis bei Knaben, von A. P. Rudski ... 94
Einige Gedanken über Tripperbehandlung und ihre Resultate, von Wetherby-Wilkes ... 97
Cystodiagnostische Untersuchungen blennorrhoischer Sekrete, von Max Joseph und M. E. O. Polano ... 153
Eine neue Hilfsmethode zur Diagnose und Therapie der Blennorrhoe, von Carl Alexander ... 154
Die Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis und Prostatitis mit Moorbädern und Moorumschlägen, von Schmincke ... 155
Ein Fall von blennorrhoischer Myelitis, von M. Bloch ... 157
Behandlung der akuten blennorrhoischen Kniegelenkentzündung mit intraartikulären Sublimatinjektionen, von L. Galliard ... 166
Abnorme Lokalisationen der Blennorrhoe, von Jullien ... 204
Fall von nekrotischer Phlegmone des Skrotums und Hodens nach blennorrhoischer Balanoposthitis, von Terzaghi ... 210
Über die Abortivbehandlung der Blennorrhoe beim Manne, von F. Bierhoff ... 251
Behandlung des Harnröhrentrippers mit prolongierten Einspritzungen (Harnröhrenfüllungen-Parsements intra-urethraux), von Joseph Sellei ... 256
Ein Fall von Gonokokken-Metastase in der Haut. Angiodermitis suppurativa e Gonococco, von Ch. Audry ... 258
Eine neue Art von Irrigationsstuhl für die Janetsche Methode der Blennorrhoebehandlung, von L. Heidingsfeld ... 316
Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Blennorrhoe, von Childs-Mac-Donald ... 316
Behandlung der Blennorrhoe durch den allgemeinen Praktiker ... 383
Bemerkungen über Diagnose und Behandlung des Trippers, von Childs-Mac-Donald ... 445
Balanoposthitis circinata progressiva, von T. Burschalow ... 447
Blennorrhoische diffuse Cavernitis, von J. Selenew ... 448
Über Febris blennorrhoica acutissima, von Blindreich ... 461
Universelle Gonokokkeninfektion, von W. H. Wynn ... 461
Über Gonokokkensepsis der Neugeborenen, von Carl Brehmer ... 461
Über Gonokokken im Blut bei Polyarthritis blennorrhoica, von A. Diggelmann ... 461
Der Gonococcus in der Vulvovaginalgegend, von Hermann J. Boldt ... 461
Versuche der Überimpfung von Gonokokken auf die kleinen Laboratoriumstiere und Versuche einer Serotherapie, von Moskalew ... 462
Über den kulturellen Nachweis des Gonococcus und seine diagnostische Bedeutung, von F. Jeckstadt ... 462
Beziehungen zwischen Meningococcus und Gonococcus, von Pinto ... 462
Über die Rolle des Gonotoxins in der Entstehung blennorrhoischer Erkrankungen, von Zdzislaw Sowinski ... 463
Über die Wechselbeziehungen zwischen Bakterien und Zellen in der Morphologie des blennorrhoischen Sekrets, von R. Drobinsky ... 463
Die Blennorrhoe sonst und jetzt, von E. Finger ... 464
Zur Frage der Veränderungen des Nervensystems bei Gonokokkeninfektion, von N. E. Osokin ... 464
Die Blennorrhoe in ihren Beziehungen zu den Beckenerkrankungen beim Weibe, von Ely van de Warker ... 464
Die Diagnose und Behandlung der akuten Beckenperitonitis blennorrhoischen Ursprungs, von Brooke M. Anspach ... 465
Blennorrhoische Infektion bei Kindern, speziell ihr Vorherrschen in Instituten, und Vorbeugungsmafsregeln, von L. Emett Holt ... 465
Die Abnahme der Blennorrhoe bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898, von C. Ströhmberg ... 466
Über den Geisteszustand bei Blennorrhoikern, von L. G. C. Ducasse ... 467
Diagnose und Behandlung der Eheblennorrhoe, von Robert Asch ... 467
Zur Behandlung der Trippermetastasen des Mannes, von Robert Lucke ... 467
Ein Fall von extragenitaler Folliculitis blennorrhoica, von Heinrich Jatho ... 468
Über Orchi-Epididymitis acuta blennorrhoica, von F. Carey ... 468

Seite

Beiträge zur Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Epididymitis, von Jacob Horwitz ... 468
Pericarditis (blennorrhoica), von F. Huber ... 468
Endocarditis blennorrhoica, von W. M. Hamilton ... 468
Blennorrhoische Meningo-Myelitis, von Debove ... 468
Über die blennorrhoische Arthritis des Ellenbogens, von Schwartz ... 469
Über Rektalblennorrhoe, von Walter Schneider ... 469
Über Rektalblennorrhoe bei Vulvovaginitis infantum, von Karl Flügel ... 469
Über die Augeneiterung der Neugeborenen, von C. Hess ... 470
Über die Behandlung der Conjunctivitis blennorrhoica neonatorum et adultorum nach der Methode von Kalt, von Felix Fries ... 470
Schnell wirkende Behandlung der Vaginalblennorrhoe der Frau, von Constantin Daniel ... 470
Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von E. Finger ... 471
Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe nach Blaschko, von Felix Block ... 472
Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von Arthur Berg ... 472
Beitrag zur internen Behandlung des Harnröhrentrippers, von Hugo Zechmeister ... 472
Über Gonosan, von N. Meyer ... 473
Nachprüfung der therapeutischen Wirkungen des Gonosan, von G. Merzbach. 473
Erfahrungen mit Gonosan, von Ernst Runge ... 473
Über die interne Behandlung der Blennorrhoe unter besonderer Berücksichtigung des neuen Antiblennorrhoicum Gonosan, von M. Lubowski ... 474
Zur Behandlung des Harnröhrentrippers des Mannes mit Gonosan, von Maximilian v. Zeissl ... 474
Wie der praktische Arzt die Blennorrhoe behandeln sollte, von Ferd. C. Valentine und Terry M. Townsend ... 474
Beiträge zur Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen, von Ferd. Kornfeld ... 475
Zincum sulfuricum oder Silbersalze bei der Blennorrhoebehandlung? von Max Juliusberg ... 475
Einige Erfahrungen über Arhovin als Antiblennorrhoicum und Desinfiziens der Harnwege, von J. Brings ... 476
Über die Wirkung des Ichthargans bei akuter und chronischer Blennorrhoe, von I. Ainsinmann ... 476
Die Behandlung der Blennorrhoe mit Crurin, von Richard Stern ... 476
Weiterer Beitrag zur Pathologie der blennorrhoischen Epididymitis, von Gustav Baermann ... 489
Zur Ätiologie und Klinik der Balanitis erosiva circinata und Balanitis gangraenosa, von R. Müller und G. Scherber ... 489
Klinischer Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des Gonosans, von F. Passarelli ... 492
Irrigationen mit heifsem Wasser bei Blennorrhoe, von B. Narich ... 501
Urotropin, Hetralin, Helmitol, Uritone, Gonosan und Arhovin bei Cystitis, von M. Porocz ... 562
Beiträge zu der Frage der paraurethralen blennorrhoischen Erkrankungen, von Max Winkler ... 562
Die Flasche „Simplex" zu Injektionen bei Blennorrhoe, von A. Strauss ... 564

Verschiedenes.

Mittwochspoliklinik des Prof. Gaucher ... 99
Ärztliche Unvorsichtigkeit, von Neuhaus ... 122
Ein neues Verfahren der Blutstillung, von Benno Müller ... 122
Unserem Vorsitzenden ... 159
Über die Ansteckungsquellen bei einigen Hautkrankheiten, von Campana ... 210
Über die 16. Sitzung der Dermato-Urologischen Gesellschaft in Tokio. Nachruf für Prof. Dr. Scriba aus Darmstadt, von K. Dohi ... 211
Über Spracheigentümlichkeiten Berliner Prostituierter, von W. Hammer ... 255
Berichtigung, von A. J. Iwanow ... 298

Seite

Zur Naturheilbewegung, von von Nissen ... 398
Über einen Fall von erblicher Flughautbildung an den Ellenbeugen, von Fritz Zahrt ... 398
Berichtigung, von Lipschütz ... 414
Technik der Jodipininjektion, von Felix Pinkus ... 414
Eine gute Subcutanspritze, von H. Frey ... 414
Nicht hysterische Frau, die jedesmal beim Kauen in der Regio infra-orbitalis und sterno-mastoidea dextra stark schwitzt, von Gaucher ... 440
Ein Fall von Verschleppung eines 14jährigen Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell, von W. Hammer ... 491
Bemerkungen zu obigen Ausführungen des Herrn Dr. Wilh. Hammer-Berlin, von Freiherrn von Notthafft ... 492
Über Unfälle durch den elektrischen Starkstrom, von Herbert Wendriner .. 529
Prostitution und Geschlechtskrankheiten, von F. von Düring ... 580
Beeinträchtigung der Geburts- und Bevölkerungsziffer durch Syphilis und Blennorrhoe, von Henry D. Holton ... 580
Druckfehlerberichtigung ... 580
Ein aseptisches Taschen-Injektionsbesteck, von Blank ... 561. 626
Prostituiertenbriefe, von Eggers-Smidt ... 568
Aus der polizeiärztlichen Praxis, von Siegfried Kolben ... 600
Paquelin und Heifsluftapparat mit komprimierter Luft, von Ph. Bocken ... 600
Die Verantwortlichkeit bei Mitteilungen seitens des Arztes (mit besonderer Berücksichtigung der Ratserteilung), von Albert Moll ... 600
Welches ist der richtige Standpunkt des medizinischen Standes gegenüber dem sozialen Übel? Von Howard A. Kelly ... 662
Übertragung der Bartflechte beim Rasieren ist strafbare Körperverletzung ... 662

Sachverzeichnis ... 663
Namenverzeichnis ... 682

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.

Histologische Untersuchung eines Falles von Naevus linearis verrucosus unilateralis (Naevus nervosus s. Naevus systematisatus), von Menahem Hodara. Tafel I ... 39
Über den Einschlufs von Elastin und Elacin in das Epithel und einen Elacinbefund bei der Gilchristschen Krankheit, von P. G. Unna. Tafel II ... 77
Die Zusammensetzung des Tuberkelbazillen-Schleims. Zur Anatomie der Papageientuberkulose, von Ernst Delbanco. Tafel III ... 363
Zur Kenntnis der Mykosis fungoides, von Alfred Brandweiner. Tafel IV ... 415
Die Desmoplasie der Epithelzellen in der menschlichen Haut, von Kromayer. Tafel V ... 477
Tafel VI ... 477

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 1. 1. Juli 1905.

BOSTON MEDICAL LIBRARY AUG 2 1906

Resultate der Lichtbehandlung bei Alopecia areata.

Von

Prof. Kromayer-Berlin.

Nachdem ich im vorigen Jahre in Nr. 31 der *Dtsch. med. Wochenschr.* über die Heilung einiger Fälle von Alopecia areata durch kaltes Eisenlicht berichtet hatte, sind mir nicht nur aus Berlin und Deutschland, sondern auch aus dem Auslande eine Reihe schwerer und schwerster Fälle zur Behandlung überwiesen worden, über die zu berichten ich um so mehr die Verpflichtung fühle, als ich auch jetzt noch fortwährend Anfragen erhalte, wie die schliefslichen Resultate der Behandlung sind, Anfragen, die ich nicht einzeln in der Ausführlichkeit beantworten kann, die die Fragesteller wünschen. Ich werde hier nur über die Fälle referieren, die bis zum Ende des vorigen Jahres in meine Behandlung getreten sind, über die ich also schon jetzt ein mehr oder minder sicheres Urteil haben kann, selbst wenn sie noch nicht aus der Behandlung entlassen sind.

Die 33 nachstehend aufgeführten Fälle habe ich in zwei Gruppen eingeteilt, von denen die erste die leichteren Fälle umfafst, bei denen weniger als die Hälfte des Kopfes kahl ist, während die zweite alle totalen Alopecien und die mit einer Ausdehnung über mehr als die Hälfte des Kopfes einbegreift.

Erste Gruppe.

1. Mann, Ende dreifsig.
   Anamnese: Beginn des Leidens vor vier Jahren mit kahlen Stellen, die einige Male heilten, aber immer wieder von neuem auftraten.
   Befund: Eine taler- und markstückgrofse Stelle am Hinterkopf.
   Behandlung: Vom 6. Juli bis 16. Oktober 1904 14 Belichtungen.
   Resultat am 11. Nov. 1904: Haare in vollkommen normaler Stärke wieder gewachsen und dunkler pigmentiert als die Umgebung.
2. Mann, Anfang vierzig.
   Anamnese: Seit mehreren Jahren eine über talergrofse Stelle am Hinterkopf. Bisherige sehr energische Behandlung erfolglos.
   Befund: Eine fünfmarkstückgrofse Stelle am Hinterkopf.
   Behandlung: Vom 29. Juli bis 10. Aug. 1904 neun Belichtungen.
   Resultat am 10. Aug. 1904: Auf der ganzen kahlen Stelle dichte feine Härchen.

3. Mann, Mitte zwanzig.
   Anamnese: Beginn der Krankheit vor drei Jahren.
   Befund: Nahezu der ganze Hinterkopf kahl. Zwei markstückgroſse Stellen an jeder Schläfe. Augenbrauen und Schnurrbart fehlen.
   Behandlung: Vom 29. Juli 1904 bis 6. März 1905 32 Belichtungen.
   Resultat am 6. März 1905: Hinterkopf, ebenso die Stellen über den Schläfen vollkommen behaart. Augenbrauen wiedergekommen.
4. Mann, Mitte dreiſsig.
   Anamnese: Krankheit seit einem Jahr bestehend.
   Befund: Auf dem Scheitel und der linken Stirn zwei markstückgroſse Flecke.
   Behandlung: Vom 1. Aug. bis 16. Sept. 1904 vier Belichtungen.
   Resultat am 19. Dez. 1904: Stellen vollkommen bewachsen.
5. Mann, Mitte dreiſsig.
   Anamnese: Seit drei Monaten Beginn des Haarausfalles.
   Befund: Im Nacken fünfmarkstückgroſse kahle Stelle und in deren Umgebung vier kleinere; auch an der rechten Schläfe eine kleine unbehaarte Stelle.
   Behandlung: Vom 11. Aug. bis 15. Okt. 1904 16 Belichtungen.
   Resultat am 15. Okt. 1904: Alle Stellen gut bewachsen.
6. Mann, 30 Jahre.
   Anamnese: Seit sieben Monaten Haarausfall im Bart.
   Befund: Drei markstückgroſse kahle Stellen am Kinn und linker Backe.
   Behandlung: Vom 14. Sept. 1904 bis 24. Jan. 1905 fünf Belichtungen.
   Resultat am 24. Jan. 1905: Stellen alle normal bewachsen.
7. Fräulein, 20 Jahre.
   Anamnese: Haarausfall seit zwei Jahren.
   Befund: Der linke Hinterkopf vollkommen kahl. Zwei talerstückgroſse und mehrere kleinere Stellen auf der rechten Seite.
   Behandlung: Vom 14. Sept. 1904 bis 19. April 1905 28 Belichtungen.
   Resultat am 19. April 1905: Alle Stellen vollkommen zugewachsen bis auf eine kleine Stelle am Scheitel, die sich vor einigen Wochen gebildet, aber jetzt schon wieder mit feinen Härchen bedeckt ist.
8. Fräulein, 17 Jahre.
   Anamnese: Haarausfall seit fünf Monaten.
   Befund: Handtellergroſse Stelle am rechten Hinterkopf; auch am linken Hinterkopf mehrere markstückgroſse Stellen kahl.
   Behandlung: Vom 24. Sept. 1904 bis 28. Jan. 1905 17 Belichtungen.
   Resultat am 28. Jan. 1905: Die Stellen auf dem linken Hinterkopf behaart; die handtellergroſse Stelle auf dem rechten Hinterkopf bis zu Talergröſse verkleinert.
9. Mann, Anfang vierzig.
   Anamnese: Haarausfall seit zwei Monaten bestehend.
   Befund: Drei markstückgroſse Stellen auf der linken Kopfhälfte oberhalb des Ohres.
   Behandlung: Vom 28. Sept. bis 19. Okt. 1904 acht Belichtungen.
   Resultat am 19. Okt. 1904: Die Stellen überall mit Haaren gut bedeckt.
10. Fräulein, Mitte dreiſsig.
    Anamnese: Haarausfall seit drei Jahren bestehend.
    Befund: Handtellergroſse kahle Stelle im Nacken und Hinterkopf. Fünfmarkstückgroſse kahle Stelle an der linken Schläfenseite.
    Behandlung: Vom 28. Sept. 1904 bis 26. April 1905 27 Belichtungen.

Resultat am 26. April 1905: Haare vollkommen regeneriert bis auf eine talergroſse Stelle im Nacken.

11. Mann, Anfang vierzig.
Anamnese: Haarausfall seit drei Jahren.
Befund: Von Ohr zu Ohr, an der Grenze des behaarten Kopfes, ein Kranz von ca. talerstückgroſsen kahlen Stellen. Augenbrauen und Schnurrbart von zahllosen kleinen Stellen wie ausgefressen.
Behandlung: Vom 30. Sept. bis 24. Nov. 1904 acht Belichtungen.
Resultat am 24. Nov. 1904: Bis auf eine Stelle über dem linken Ohr Haare überall gut wiedergekommen; auch Augenbrauen und Schnurrbart.

12. Kind, drei Jahre.
Anamnese: Haarausfall seit zwei Jahren bestehend.
Befund: Auf beiden Schläfenseiten je eine fast handtellergroſse kahle Stelle.
Behandlung: Vom 4. Okt. bis 30. Dez. 1904 16 Belichtungen.
Resultat am 30. Dez. 1904: Stellen gut bewachsen bis auf zwei vor einigen Wochen neu entstandene Stellen auf dem Scheitel des Kopfes.

13. Mann, Mitte vierzig.
Anamnese: Haarausfall seit einem Jahre bestehend.
Befund: Etwa acht bis talergroſse kahle Stellen auf dem Mittelkopf.
Behandlung: Vom 7. Sept. 1904 bis 2. April 1905 15 Belichtungen.
Resultat am 2. April 1905: Alle Stellen gut bewachsen, doch hat der Haarwuchs noch nicht die normale Stärke erlangt.

Zweite Gruppe.

14. Mann, Anfang dreiſsig.
Anamnese: Haarausfall seit vier Jahren bestehend.
Befund: Der ganze Hinterkopf und Schläfenpartien kahl; mehrere markstückgroſse Stellen auf dem Scheitel. Augenbrauen und Barthaare fehlen.
Behandlung: Vom 29. Juli 1904 bis 16. März 1905 60 Belichtungen.
Resultat am 16. März 1905: Haare überall am Kopfe wiedergekommen, an der Nackengrenze noch etwas schwächer im Wuchs. Auch Augenbrauen vollkommen regeneriert. Schnurrbart unvollkommen.

15. Fräulein, 17 Jahre.
Anamnese: Haarausfall seit vier Jahren bestehend.
Befund: Vollkommene Alopecie des Kopfes ohne Spur von Lanugohaaren. Augenbrauen erhalten.
Behandlung: Vom 1. Aug. 1904 bis 24. April 1905 74 Belichtungen.
Resultat am 1. Nov. 1904: Der gesamte Kopf mit kräftigen schwarzen Haaren bedeckt. Dazwischen noch zahllose kleine, teilweise bis markstückgroſse Stellen, die gröſstenteils mit feineren Haaren bewachsen sind.
— am 15. Dez. 1904: Es haben sich wieder mehrere neue kahle Flecke gebildet, besonders auf dem Scheitel des Kopfes und Hinterkopf.
— am 1. März 1905: Die unterm 15. Dez. 1904 erwähnten kahlen Stellen wieder gut behaart, doch sind wiederum neue Stellen aufgetreten.
— am 24. April 1905: Unregelmäſsiges Durcheinander von gut behaarten Stellen, kahlen Stellen und Partien, auf denen feine Härchen wieder wachsen.

16. Mann, Anfang vierzig.
Anamnese: Haarausfall seit 20 Jahren bestehend.
Befund: Totale Alopecie des ganzen Kopfes.
Behandlung: Vom 2. Aug. bis 14. Sept. 1904 26 Belichtungen.

Resultat am 14. Sept. 1904: Auf dem ganzen Kopf dichte feine Haare. Desgleichen an den Augenbrauen. Patient scheidet wegen Lungentuberkulose aus der Behandlung aus.

17. Mann, Anfang dreifsig.
Anamnese: Haarausfall seit drei Jahren.
Befund: Jetzt nur auf dem Scheitel eine handtellergrofse Stelle behaart. Augenbrauen und Bart erhalten.
Behandlung: Vom 1. Aug. bis 10. Okt. 1904 33 Belichtungen.
Resultat am 10. Okt. 1904: Haare überall bis auf handtellergrofse Nackenpartie in fast normaler Stärke regeneriert. Scheidet aus der Behandlung wegen Verzugs von Berlin.

18. Mann, Mitte dreifsig.
Anamnese: Haarausfall seit drei Jahren bestehend.
Befund: Fast der ganze Kopf kahl und nur mit vereinzelten dünnen Härchen bedeckt. Augenbrauen und Schnurrbart fehlen.
Behandlung: Vom 1. Aug. bis 22. Okt. 1904 27 Belichtungen.
Resultat am 22. Okt. 1904: Haare überall im schönsten Wachstum, auch Augenbrauen.
— am 1. Mai 1905: Nach Mitteilung sind Kopfhaar und Augenbrauen vollkommen regeneriert, Schnurrbart noch mäfsig.

19. Frau, Anfang fünfzig.
Anamnese: Haarausfall seit 25 Jahren bestehend.
Befund: Nur noch auf dem Scheitel etwa handtellergrofse behaarte Stelle. Augenbrauen erhalten.
Behandlung: Vom 11. Aug. bis 22. Okt. 1904 27 Belichtungen.
Resultat am 22. Okt. 1904: Haare überall fast in normaler Stärke wieder gewachsen; nur in der rechten Schläfengegend stehen sie etwas dünner.

20. Frau, Mitte vierzig.
Anamnese: Haarausfall seit einem Jahre bestehend.
Befund: Hinterkopf und Schläfenpartien vollkommen kahl. Augenbrauen erhalten.
Behandlung: Vom 12. Aug. 1904 bis 17. Febr. 1905 31 Belichtungen.
Resultat am 17. Febr. 1905: Kahle Stellen überall dicht bewachsen. Zum gröfsten Teil in vollkommen normaler Stärke.

21. Fräulein, 19 Jahre.
Anamnese: Haarausfall seit fünf Jahren bestehend.
Befund: Nur einzelne kleine Haarstellen auf dem Mittelkopf. Linke Augenbraue fehlt.
Behandlung: Vom 12. Aug. 1904 bis 6. März 1905 42 Belichtungen.
Resultat am 6. März 1905: Haare überall wiedergekommen bis auf eine fast zweihandtellergrofse Partie des Nackens und Hinterkopfes, auf der sich auch trotz energischer Belichtung keine Lanugohaare zeigen. Augenbrauen nur spärlich regeneriert.

22. Kind, fünf Jahre.
Anamnese: Haarausfall besteht 1½ Jahre.
Befund: Kopf vollkommen kahl, aufser einem schmalen Haarstreifen, der sich von Ohr zu Ohr an der Stirngrenze hinzieht.
Behandlung: Vom 16. Aug. bis 26. Okt. 1904 28 Belichtungen.
Resultat am 26. Okt. 1904: Nachdem sich im Anfang an einzelnen Stellen Haarwachstum eingestellt hatte, sind die neugewachsenen noch während der

Behandlung wieder ausgefallen und ist nirgends mehr eine Spur von Haarregeneration zu bemerken.

23. Fräulein, 16 Jahre.
Anamnese: Haarausfall seit sieben Jahren bestehend.
Befund: Totale Alopecie des ganzen Körpers. Jegliche Spuren von Lanugohaaren fehlen.
Behandlung: Vom 18. Aug. 1904 bis 17. März 1905 66 Belichtungen.
Resultat am 17. März 1905: Auf einem grofsen Teil des Kopfes hat sich normaler Haarwuchs gebildet, auf anderen Partien Lanugohaare. Etliche Stellen noch kahl.
— am 6. Mai 1905: Patientin stellt sich am 6. Mai vor. Ein grofser Teil der wiedergewachsenen Haare ist von neuem ausgegangen, so dafs jetzt gut $^4/_5$ des Kopfes wieder kahl ist.

24. Mann, Anfang vierzig.
Anamnese: Haarausfall seit zehn Jahren.
Befund: Fast der ganze Kopf, bis auf einzelne kleine Stellen, unbehaart. Augenbrauen und Barthaar fehlen.
Behandlung: Vom 22. Aug. bis 4. Nov. 1904 30 Belichtungen.
Resultat am 4. Nov. 1904: Die kahlen Partien des Kopfes zum geringeren Teil mit normalem Haarwuchs, zum gröfseren Teil mit feineren Haaren bedeckt. Dazwischen aber noch zahlreiche vollkommen kahle Stellen. Augenbrauen nur wenig gekommen.

25. Fräulein, 16 Jahre.
Anamnese: Haarausfall seit zwei Jahren bestehend.
Befund: Der ganze Kopf kahl; stellenweise spärliche Lanugohaare. Augenbrauen fehlen.
Behandlung: Vom 1. Sept. 1904 bis 27. Febr. 1905 55 Belichtungen.
Resultat am 27. Febr. 1905: An einzelnen Stellen Lanugohärchen gekommen und die vorhandenen etwas stärker geworden.

26. Mann, Anfang dreifsig.
Anamnese: Haarausfall seit zwei Jahren bestehend.
Befund: Totale Alopecie des ganzen Körpers.
Behandlung: Vom 1. Sept. 1904 bis 28. April 1905 25 Belichtungen.
Resultat am 28. April 1905: Stellenweise sind während der Behandlung Härchen gewachsen, die jedoch nach kurzem Bestande wieder ausgegangen sind.

27. Fräulein, 19 Jahre.
Anamnese: Seit fünf Jahren bestehender Haarausfall.
Befund: Totale Alopecie des Kopfes. Augenbrauen vorhanden.
Behandlung: Vom 10. Sept. 1904 bis 30. April 1905 40 Belichtungen.
Resultat am 30. April 1905: Nachdem nach zweimonatlicher Behandlung auf dem ganzen Kopf Haare wieder gewachsen sind und zum grofsen Teil normale Stärke erreicht haben, bilden sich im weiteren Verlauf neue kahle Stellen aus, die zwar wieder mit Haaren sich bedecken, während an anderen Stellen erneuter Haarausfall eintritt, so dafs am 1. Mai 1905 der gröfste Teil des Kopfes zwar normalen Haarwachstum zeigt, dazwischen jedoch zahlreiche vollkommen kahle oder mit Lanugohaaren bedeckte Stellen aufweist.

28. Mann, Anfang vierzig.
Anamnese: Seit vier Jahren bestehender Haarausfall.
Befund: Totale Alopecie des Kopfes. Augenbrauen und Barthaare fehlen.
Behandlung: Vom 20. Sept. 1904 bis 21. April 1905 31 Belichtungen.

Resultat am 12. Febr. 1905: Der ganze Kopf ist schön mit Haaren bewachsen, wenn auch stellenweise noch nicht in normaler Stärke. Auch Augenbrauen regeneriert. Ende Februar 1905 beginnen auf dem ganzen Kopf wiederum die Haare fleckweise auszufallen, so dafs bei erneuter Behandlung trotz raschen Wiedereintritts des Haarwachstums doch noch zahlreiche, teils vollkommen kahle, teils mit Lanugohaaren bestandene Stellen vorhanden sind. Augenbrauen vom Rezidiv verschont.

29. Mann, Anfang dreifsig.
Anamnese: Seit sechs Jahren bestehender Haarausfall.
Befund: Totale Alopecie des ganzen Körpers.
Behandlung: Vom 21. Okt. bis 13. Dez. 1904 33 Belichtungen.
Resultat am 13. Dez. 1904: Während der Behandlung sind an einzelnen Stellen Lanugohaare aufgetreten, die jedoch nach kurzem Bestande wieder ausgefallen sind.

30. Frau, Anfang vierzig.
Anamnese: Haarausfall seit zehn Jahren bestehend.
Befund: Totale Alopecie des Kopfes. Augenbrauen vorhanden.
Behandlung: Vom 21. Okt. 1904 bis 11. April 1905 21 Belichtungen.
Resultat am 11. April 1905: An einzelnen Stellen wenige längere Haare gewachsen. Dazwischen Büschel von Lanugohaaren. Der gröfste Teil des Kopfes ist indessen kahl geblieben.

31. Mann, Ende vierzig.
Anamnese: Haarausfall seit sechs Jahren bestehend.
Befund: Totale Alopecie des Kopfes. Augenbrauen und Barthaare fehlen.
Behandlung: Vom 1. Dez. 1904 bis 8. März 1905 21 Belichtungen.
Resultat am 8. März 1905: Der ganze Kopf mit gröfstenteils normalem Haarwuchs bedeckt; die Haare indessen noch wenig pigmentiert, aufser den Haaren im Nacken und am Hinterkopf. Augenbrauen in guter Regeneration.

32. Mann, dreifsig.
Anamnese: Haarausfall besteht seit vier Jahren.
Befund: Totale Alopecie des Kopfes. Augenbrauen und Barthaare fehlen.
Behandlung: Vom 12. Dez. 1904 bis 26. April 1905 28 Belichtungen.
Resultat am 6. Mai 1905: Haare auf dem ganzen Kopf in fast normaler Stärke wiedergewachsen, doch zeigen sich mehrere kleine Stellen, an denen die Haare wieder auszufallen beginnen.

33. Mann, Mitte dreifsig.
Anamnese: Haarausfall besteht seit fünf Jahren.
Befund: Aufser wenigen Haaren auf dem Vorderkopf völlige Kahlheit. Auch Augenbrauen und Barthaare fehlen.
Behandlung: Vom 27. Dez. 1904 bis 28. März 1905 13 Belichtungen.
Resultat am 28. März 1905: Haare auf dem ganzen Kopf in gutem Wachstum begriffen. Augenbrauen bisher nicht belichtet und unverändert.

Technik der Belichtung.

Die Belichtungen mit kaltem Eisenlicht finden im Gegensatz zu der Finsenbehandlung ohne Druckline statt, die Strahlen der Eisenelektroden fallen durch die Öffnung des gekühlten Schutzschirmes direkt auf die Haut. Der Abstand der Haut von den Elektroden variiert zwischen 4 und 10 cm. Je näher man die Haut an die runde Öffnung

des Schirmes bringt, um so kleiner wird die belichtete Stelle, um so gröfser aber die Intensität des Lichtes und um so stärker die Wirkung; je weiter man die Haut von der Öffnung des Schirmes entfernt, um so gröfser wird die belichtete Stelle, und um so geringer fällt die Lichtwirkung aus.

Die Zeit, die für die Belichtung nötig ist, um die gewünschte entzündliche Reaktion zu erzeugen, variiert daher in weiten Grenzen, und kann von einer halben Minute und darunter bis zu zehn Minuten und darüber betragen.

Die Stärke des Lichtes ist annähernd proportional der verbrauchten Stromstärke, also der Ampèrezahl. Je höher diese, um so stärker ist das Licht und um so kräftiger die Wirkung. Während früher nur Stromstärken von 5 bis 10 Ampère von mir gebraucht wurden, benütze ich jetzt solche von 15 bis 25 und darüber, und kürze dadurch die Zeit der Belichtung beträchtlich ab. Die Zeit der einzelnen Belichtung hängt daher auch wesentlich von der gebrauchten Stromstärke ab.

Um beispielsweise bei einer Alopecia totalis den ganzen Kopf durchzubelichten, gebraucht man bei 25 Ampère etwa $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde, bei 10 Ampère würde man etwa $1^1/_2$ bis 2 Stunden nötig haben.

Bei hohem Stromverbrauch (15 Ampère und darüber) strahlt nun aber das gekühlte Eisenlicht doch so viel Wärme aus, dafs man die Haut nicht oder doch nur kurze Zeit bis auf 4 cm den Elektroden nähern kann, so dafs sich die hohen Ampèrezahlen für eine weitere Entfernung (10 cm) und die Bestrahlung gröfserer Flächen (besonders also der totalen Alopecie) eignen, während eine geringe Ampèrezahl für nahe Entfernung und Belichtung kleiner Hautpartien das richtige ist. Um also den möglichst gröfsten Nutzwert des Lichtes bei geringstem Zeitverbrauch zu erzielen, ist die Entfernung der Haut von den Elektroden und die Ampèrezahl um so gröfser zu nehmen, je gröfser die zu bestrahlende Fläche ist, und umgekehrt ist die Entfernung der Haut von den Elektroden und die Ampèrezahl um so kleiner zu nehmen, je kleiner die zu bestrahlende Fläche ist.

Die Häufigkeit der Belichtungen richtet sich nach der Hautreaktion, der Röte, Schmerzhaftigkeit und Blasenbildung. Diese Reaktion tritt bekanntlich erst am Tage nach der Belichtung hervor; man kann also erst am nächsten Tage beurteilen, ob eine genügende Belichtung stattgefunden hat. Wenn, wie das meistens der Fall ist, die Reaktion an den einzelnen Stellen verschieden ausgefallen ist, so wird an den Stellen, an denen sie gering ist, die Belichtung einmal und eventuell am folgenden Tage noch einmal wiederholt.

Ist überall eine intensive, zur Blasenbildung leicht neigende Entzündung erzielt, so wird die Belichtung ausgesetzt, bis die Entzündung

zurückgegangen ist und die Haut, wie das meistens der Fall ist, sich in grofsen zusammenhängenden Lamellen geschält hat, was gewöhnlich drei bis sechs Tage in Anspruch nimmt. Dann wird die Belichtung wieder aufgenommen.

Es kommen somit wöchentliche Belichtungszyklen heraus, die sich natürlich je nach den persönlichen Verhältnissen des Patienten verschieben können, und auch ohne Schaden sich auf zwei bis drei Wochen ausdehnen lassen. Für leichtere Fälle sind zwei bis vier Belichtungszyklen und darüber erforderlich. Für die 13 Fälle der Gruppe I sind durchschnittlich sechs Zyklen gebraucht, für die Fälle der Gruppe II weit mehr.

Resultate der Lichtbehandlung.

In einzelnen Fällen zeigt sich die Regeneration der Haare schon nach dem ersten Belichtungszyklus. Ich habe es anfangs nicht für möglich gehalten, dafs schon am zweiten Tage nach der Belichtung die ersten Haarspitzen auf der Haut sichtbar werden. Nachdem ich mich aber unter Zuziehung von Patient und Wärter bei einer ganzen Reihe von Fällen davon überzeugt hatte, dafs tatsächlich auf den vorher kahlen Stellen schon nach zweimal 24 Stunden zahlreiche neue Haarspitzen hervorgekommen waren, ist an der Tatsache dieser raschen Regeneration nicht zu zweifeln. In anderen Fällen dauert es viel länger und es gehen mehrere Belichtungszyklen vorüber, ehe sich die ersten Spuren der Regeneration zeigen. Stets sind die Haare im Beginn äufserst fein, so dafs man sie mit Mühe und nur bei guter Belichtung (schräg auffallendes Licht) erkennen kann. Allmählich werden sie stärker und stärker und beginnen sich zu pigmentieren. Das letztere kann aber noch lange ausbleiben, nachdem schon die Haare ihre normale Stärke erlangt haben. In einzelnen Fällen ist stellenweise eine Hyperpigmentation der regenerierten Haare eingetreten, so dafs sie dunkler geworden sind als die nicht ausgefallenen Haare. Ob das ausschliefslich einer spezifischen Lichtwirkung zuzuschreiben ist, lasse ich dahingestellt, möchte es aber nach den bekannten Lichtwirkungen auf die Haut für wahrscheinlich halten. Auf Grund dieser Beobachtung eine Behandlung der Canities einzuleiten, hatte ich bisher keine Gelegenheit; sie dürfte auch nur insoweit aussichtsvoll sein, als die Canities auf einem Mangel an Pigment und nicht auf abnormem Luftgehalt beruht.

Was nun die schliefslichen Resultate der Behandlung anbetrifft, so sind dieselben bei den 13 „leichteren“ Fällen der Gruppe I durchaus gut. Die meisten sind vollkommen geheilt worden. Bei 8, 10, 11 sind noch kleine Reste der kahlen Stellen nicht behaart, darunter zweimal Stellen an der Haarnackengrenze, an der nach meinen Beobachtungen überhaupt die Alopecie am hartnäckigsten zu sein pflegt. Bei 7 und 12

sind unter der Behandlung Rezidive eingetreten, die uns noch eingehender bei den schweren Fällen beschäftigen werden.

Unter den 20 Fällen der zweiten Gruppe sind 13 totale Alopecien des Kopfes: 15, 16, 18, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, die übrigen sieben Fälle nähern sich der totalen Alopecie mehr oder weniger. Von den 20 Fällen sind mit negativem Erfolge behandelt worden fünf, Nr. 22, 25, 26, 29, 30. Von diesen ist nur ein Fall keine totale Alopecie, Nr. 22. Bei allen fünf Fällen hatte sich auf die Behandlung hin das Haarwachstum geregt, die frischen Haare waren indessen wieder ausgefallen, oder sie hatten sich nicht weiter entwickelt 25, 30.

Dieser Haarausfall noch während der Behandlung hat nun auch das Resultat bei den übrigen 15 Fällen beeinträchtigt: nicht weniger als fünf Fälle, die alle totale Alopecien des Kopfes sind, Nr. 15, 23, 27, 28, 32, haben Rezidive erlitten, nachdem schon fast eine vollkommene Heilung erreicht war. Das Licht ist also nach meinen Beobachtungen weder imstande, den Eintritt von Rezidiven zu verhüten, da diese gar nicht selten während der Behandlung entstehen, noch vermag es das Wachstum der schon entstandenen kahlen Stellen wesentlich aufzuhalten, da in mehreren Fällen trotz intensiver Belichtung die kahlen Flecke sich vergrößert haben. Wohl aber regenerieren auf den neu entstandenen Flecken die Haare unter der Lichteinwirkung sehr rasch, so daß eigenartige Figuren zur Beobachtung kommen können, wie wir sie ähnlich bei der Psoriasis orbicularis sehen: in der Peripherie des runden Fleckes eine schmale, vollkommen haarlose Zone (der zentrifugal fortschreitende Rand der Alopecie), das Zentrum schon wieder in toto mit neuen, wenn auch noch zarten unpigmentierten Haaren bedeckt. In ihm kann wiederum ein neues Rezidiv, eine zentral gelegene Alopeciestelle auftreten, so daß alsdann die regenerierten Haare einen Ring bilden, nach Innen und Außen von kahler Haut begrenzt, eine Beobachtung, die auch PINKUS[1] erwähnt, wenn auch anders deutet. Die Schnelligkeit der Haarregeneration ist gelegentlich so groß, daß sich unmittelbar nach dem Haarausfall wieder neue Haare bilden, und daher bei peripher fortschreitendem Haarausfall auch die Regeneration peripher zentrifugal fortschreitet, während bekanntlich in der Regel die Alopeciefiecke zentripetal heilen.

Von den übrigen zehn Fällen zeigen sieben, Nr. 14, 16, 18, 21, 24, 31, 33, auch eine mehr oder weniger vollkommene Alopecie der Augenbrauen und der Gesichtshaare, während bei nur dreien (Nr. 17, 19, 20) diese Haare erhalten sind.

Abgesehen von dem Patienten Nr. 24, der nach verhältnismäßig kurzer Zeit bei mäßigem Erfolg die Behandlung abgebrochen hat, kann

[1] Berliner dermatologische Gesellschaft, Sitzung vom 13. Dez. 1904.

das Behandlungsresultat als gut bezeichnet werden. Bei den Augenbrauen muſs berücksichtigt werden, daſs die Belichtung insofern Schwierigkeiten begegnet, als die über den Augen entstehende Röte sehr entstellend ist, so daſs aus diesem Grunde die Augenbrauen stets weniger belichtet werden als die Kopfhaut. Trotzdem sind auch die Resultate bei den Augenbrauen nicht schlecht, denn von sechs Patienten sind bei vieren die Augenbrauen gut wiedergekommen (14, 16, 18, 31), während sie bei zweien nur mäſsig regeneriert sind (21, 24). Dasselbe wie bei den Augenbrauen gilt in noch höherem Grade vom Schnurrbart. Zur Technik der Belichtung dieser Partien ist noch zu bemerken, daſs die benachbarten Partien, die nicht belichtet werden sollen, geschont werden müssen, am besten durch direktes Auftragen von Zinkpaste auf die Haut.

Fasse ich die Resultate zusammen, so stehen 28 Erfolgen fünf Miſserfolge gegenüber, also etwa 15%. Bei alleiniger Berücksichtigung der leichteren Fälle (Gruppe I) ist kein Miſserfolg zu verzeichnen, während dann freilich bei der Gruppe II die Miſserfolge auf 25% steigen. (Fünf Miſserfolge zu 15 Erfolgen.) Dabei muſs aber berücksichtigt werden, daſs diese 20 Fälle zu den schwersten Alopecien gehören, jahrelang bestanden haben und alle ausnahmslos vorher mit anderen Methoden auf das energischste, aber erfolglos, behandelt worden waren.

Unter Berücksichtigung dieser Momente sind die Resultate fast ebenso glänzend, wie ich sie in meiner ersten Mitteilung angegeben habe; jedenfalls beweisen sie meine frühere Behauptung, daſs das Eisenlicht zurzeit das beste und sicherste Mittel gegen die Alopecia areata ist.

Über Erkrankung des Nebenhodens im Frühstadium der Syphilis.

Von

Dr. J. Ullmann-Palermo.

Die erste genaue Beschreibung der „Epididymite syphilitique sécondaire“ verdanken wir Dron 1863 (Lyon). Später wurde die Affektion besonders noch von Jullien, Fournier und seinen Schülern studiert. Aus dem Grunde, daſs in der deutschen Spezialliteratur der Erkrankung kaum Erwähnung geschieht, scheinen mir zwei Fälle, die ich vor einigen Monaten zu beobachten Gelegenheit hatte, der Veröffentlichung wert zu sein.

Der erste Fall betraf einen 30jährigen Herrn, der wegen einer seit zwölf Jahren bestehenden Gonorrhoe, die zu Striktur am Bulbus urethrae geführt hatte, mit chronischer Prostatitis kompliziert war und auch das

vielgestaltige Bild der Neurasthenia sexualis nicht vermissen liefs, in meine Behandlung trat. Nach einer 14tägigen Kur entdeckte ich durch Zufall am äufseren Blatt des Präputiums eine etwa linsengrofse Verhärtung, die dem Patienten noch gar nicht aufgefallen war, mir aber sofort den Verdacht, dafs es sich um ein beginnendes Syphilom handle, nahelegte. Die Induration nahm im Laufe der nächsten Wochen an Volumen zu, bis sie die Gröfse einer Bohne erreichte; sie liefs die Haut über sich intakt und war von dem gesunden Gewebe durch einen scharfen Rand abgegrenzt. In derselben Zeit entwickelte sich auch in beiden Inguinalfurchen eine Anschwellung der Drüsen, die links mehr ausgesprochen war als rechts. Die Konsistenz der indolenten, links bis zu haselnufsgrofsen, rechts die Gröfse einer Erbse nicht übersteigenden Drüsen, war eine mäfsig derbe. Sieben Wochen nachdem ich die Induration bemerkt hatte, waren die Cubitaldrüsen und wenige Tage später auch einige Drüsen in der Nacken- und Unterkiefergegend deutlich fühlbar. Der Kranke, der vorher ein leidlich gutes Aussehen dargeboten hatte, begann blafs zu werden und in seinem Ernährungszustande herunterzukommen. Er klagte hauptsächlich über leicht sich einstellende Müdigkeit und Schwäche in allen Gliedern. Was er aber aufserdem beobachtet hatte, und was ihm Angst einflöfste, war eine in diesen Tagen sich entwickelnde Anschwellung am linken Nebenhoden, die zu leichten Schmerzen Veranlassung gab. Da der Patient an einer chronischen Gonorrhoe litt, mufste ich natürlich auch daran denken, dafs sich eine Epididymitis auf gonorrhoischer Basis hinzugesellt haben könne. Die subjektiven Symptome jedoch, wie sie eine derartige Epididymitis zu begleiten pflegen, Kopfschmerzen, Fieber, Appetitlosigkeit, Obstipation, erhebliche Schmerzhaftigkeit, auch unabhängig von jeder Berührung, fehlten absolut. Und bei der objektiven Untersuchung konnte ich die Gonorrhoe als kausales Moment für das Zustandekommen des in Frage stehenden krankhaften Prozesses im Nebenhoden direkt ausschliefsen. Ich fand an dem Kopfe des sonst durchaus normalen Nebenhodens einen haselnufsgrofsen Tumor, der gut abgegrenzt und von harter Konsistenz war. Er verursachte dem Patienten nur leichte Schmerzen, die bei der Pression etwas stärker wurden, während von der aufserordentlichen Empfindlichkeit, wie sie für die akute gonorrhoische Epididymitis charakteristisch ist, keine Rede sein konnte. — Ich mufs hier einschalten, dafs der Patient während der langen Dauer seiner Gonorrhoe nie an Epididymitis gelitten hatte, also auch nicht an die Residuen einer solchen Affektion zu denken war. — Als ich den Kranken zwei Tage später wieder zu Gesicht bekam, bot er das typische Bild eines syphilitischen Exanthems dar. An der Stirn zeigte sich die „Corona veneris", aber auch der übrige Teil des Gesichts, ferner Rücken, Brust, Oberschenkel und Arme waren mit massenhaften,

grofsen, papulösen, dunkelroten Hervorragungen bedeckt. Der Patient fühlte eine grofse Abgeschlagenheit, hatte Fieber und Kopfschmerzen, die während der Nacht sich besonders unangenehm bemerkbar machten.

Die jetzt eingeleitete antisyphilitische Kur brachte die Symptome der Infektion bald zum Schwinden. Ich machte wöchentlich je eine Injektion von 1 g der Mischung Hydrargyr. salicyl. 1,0, Paraffin liquid. 10,0 und in der Zwischenzeit immer drei Injektionen (1 g) von Hydrargyr. cyanatum, Cocaïn. hydrochloric. ā gr 1,0, Aq. dest. steril. ad 100,0. Nach wenigen Tagen schon begannen die Papeln sich zu resorbieren, indem sie eine bräunliche Farbe annahmen, und nach Verlauf von vier Wochen waren sie unter Hinterlassung einer leichten Pigmentierung gänzlich verschwunden. Der Tumor im Nebenhoden verminderte sich so schnell, dafs er nach einer Woche eben noch fühlbar war, nach vierzehn Tagen jedoch auch nicht mehr die geringste Spur von sich entdecken liefs.

Wenn also noch der geringste Zweifel bestanden hätte, dafs es sich um eine syphilitische Affektion des Nebenhodens handelte, so würde er durch die Therapie, die das Aufhören der Schmerzen und die vollständige Resorption des Tumors zur unmittelbaren Folge hatte, sicherlich behoben worden sein.

In dem zweiten von mir beobachteten Falle handelte es sich um einen 28jährigen Arbeiter, der sich mir mit einem typischen Ulcus durum am Sulcus coronarius penis vorstellte. Ich machte ihm sofort eine Hydrargyr. salicyl.-Injektion und riet ihm, die Ulceration lokal mit Kalomel-Salzwasser zu behandeln. Dann liefs sich der Patient aus irgendwelchen Gründen zehn Wochen lang nicht sehen, obschon ihm eine Injektionskur dringend ans Herz gelegt worden war. Als er jetzt wiederkehrte, bemerkte er, dafs eine Schwellung im Hodensacke, die zuerst vor 15 Tagen in der linken, dann aber auch in der rechten Seite aufgetreten und immer gröfser geworden sei, ohne jedoch Schmerzen hervorzurufen, ihn beunruhige. Bei der objektiven Untersuchung stellte sich heraus, dafs sich am oberen Ende des linken und auch des rechten Nebenhodens je ein, auch bei der Pression kaum empfindlicher Tumor von derber Konsistenz befand. Die Geschwulst hatte links die Gröfse einer Kastanie, rechts die einer Olive erreicht.

Über die syphilitische Natur der Affektion konnte nach meiner Ansicht kein Zweifel bestehen, zumal der Kranke auch eine Polyadenitis aufwies. Syphilitische Manifestationen an Haut und Schleimhäuten waren allerdings nicht nachzuweisen. Die Vorgeschichte des Kranken, der einen syphilitischen Primäraffekt gehabt hatte, bot die Möglichkeit, eine blennorrhagische Affektion absolut von der Hand zu weisen — an Tuberkulose war überhaupt nicht zu denken, da es sich um ein kräftiges, sonst voll-

kommen gesundes Individuum handelte, da auch die Art der Entwicklung der Geschwülste in den Nebenhoden, ihre schnelle Gröfsenzunahme, ihr Auftreten bei einem Syphiliskranken im sogenannten Sekundärstadium der Infektion völlig gegen eine solche Annahme sprachen —, alle diese Umstände liefsen die Diagnose einer „Epididymitis syphilitica secundaria bilateralis" gerechtfertigt erscheinen. Die spezifische Kur, die ich wieder, wie in dem ersten Falle, indiziert hielt, ohne lokale Mittel anzuwenden, versagte auch hier nicht. Nach vier Wochen, während deren jeden zweiten Tag 2 g einer 1%igen Sublimatlösung injiziert wurden, waren die Geschwulstbildungen im Nebenhoden auf ein Minimum reduziert und nach weiteren zehn Tagen war auch nicht der kleinste Rest von ihnen mehr aufzufinden. Gleichzeitig hatte sich auch die besonders in der Inguinalgegend sehr ausgesprochene Drüsenschwellung nahezu völlig zurückgebildet.

Nach diesen unzweideutigen Beobachtungen kann es also keinem Zweifel mehr unterliegen, dafs das Vorkommen einer spezifischen Epididymitis im Frühstadium der Syphilis tatsächlich möglich ist. Man mufs somit FOURNIER durchaus recht geben, wenn er sagt, dafs die syphilitische Epididymitis gewöhnlich im dritten Monat der Infektion, meist gleichzeitig mit den sekundären Manifestationen, auftritt.

In dem ersten von mir beschriebenen Falle handelte es sich um die von FOURNIER „Epididymite subaigue" genannte Form der Erkrankung, die durch geringe, bei der Palpation sich steigernde Schmerzen charakterisiert ist, aber nicht zögert, zu der „Forme ordinaire" zurückzukehren. Mit dieser letzteren Form, die als besonderes Merkmal eine Indolenz, selbst bei der Pression, aufweist, und ohne jegliche funktionellen Störungen einhergeht, hatten wir es in dem zweiten Falle meiner Beobachtung zu tun. Wir können also sicherlich nicht NEUMANN beipflichten, wenn er bei Abhandlung der gummösen Prozesse auch auf das Gumma des Nebenhodens zu sprechen kommt und bei der Gelegenheit wörtlich ausführt: „Im ganzen ist die selbständige, syphilitische Affektion des Nebenhodens selten und wurde in England und Deutschland angezweifelt. Sie scheint früher einzutreten als die syphilitische Orchitis, dafs sie jedoch, wie FOURNIER behauptet, eine Erscheinung der sekundären Syphilis sei, bestätigt sich nicht. Sie kommt in der Übergangs-, nicht selten in später Tertiärperiode vor."

Nach den vorhergehenden Ausführungen ist nicht zu bestreiten, dafs FOURNIERS Angaben völlig berechtigt sind, während NEUMANN, der sie nicht anerkennt, den tatsächlichen Verhältnissen keine Rechnung trägt.

Nachtrag.

Ich hatte meine Beobachtungen über die beiden vorhin mitgeteilten Fälle längst niedergeschrieben, als ich vor acht Tagen noch einen dritten

Fall der in die Kategorie „Epididymitis syphilitica secundaria“ hineingehörenden Affektion zu sehen Gelegenheit hatte, dessen Beschreibung ich hier gleich anschliefsen möchte. Es handelte sich um einen 20jährigen Mann, der immer vollständig gesund gewesen war, bis er sich vor einem Jahre durch denselben Coitus mit Gonorrhoe und Syphilis infizierte. Die Gonorrhoe verschwand unter sachgemäfser Behandlung nach zwei Monaten, ohne zu Komplikationen geführt zu haben oder sich später noch einmal bemerkbar zu machen. Der syphilitische Primäraffekt heilte unter dem Gebrauch von Sublimatwaschungen und Kalomel. Einige Wochen später jedoch schwollen in sämtlichen Körperregionen die Drüsen an und bald zeigte sich auch die Roseola syphilitica, weshalb er sich einer Kur von 30 Sublimatinjektionen unterzog. Er kommt jetzt zur Poliklinik, weil er seit zehn Tagen eine Anschwellung innerhalb des Hodensackes bemerkte, ohne jedoch von Schmerzen geplagt zu sein. Bei der objektiven Untersuchung fand ich am oberen Ende des rechten Nebenhodens eine taubeneigrofse Geschwulst derber Konsistenz, die auf Druck ein unbedeutendes Schmerzgefühl auslöste. Am oberen Ende des linken Nebenhodens war ein ebenfalls derber, haselnufsgrofser Tumor nachzuweisen, der selbst bei der Palpation unempfindlich war, und von dessen Existenz der Patient überhaupt keine Ahnung hatte. — Einen Index für die noch vorhandene syphilitische Infektion gaben die vergröfserten Inguinal-, Submaxillar-, Postauricular-, Cubital- und Nackendrüsen ab. — Ich zögerte auch in diesem Falle nicht, die Diagnose „sekundäre bilaterale syphilitische Epididymitis“ zu stellen und sogleich mit der spezifischen Kur gegen das Übel vorzugehen. In der Tat waren schon nach zwei Sublimatinjektionen die Schmerzen innerhalb des Skrotums gänzlich geschwunden, und jetzt, nach einer acht Tage durchgeführten Behandlung, erweist sich das Volumen der Geschwülste am Nebenhoden erheblich reduziert. Zweifellos hatten wir in dieser Epididymiserkrankung also auch eine Sekundärmanifestation vor uns; der Fall unterscheidet sich von den beiden anderen nur dadurch, dafs die Affektion nicht schon in den ersten Monaten der Infektion, sondern erst nach einem Jahre sich entwickelte.

Aus der dermatologischen Poliklinik von Dr. P. G. Unna.

Erwiderung zu dem Aufsatz von Dr. Vehmeyer über das Unterschenkelgeschwür.[1]

Von

Dr. Caesar Philip.

Kürzlich hat Herr Dr. Vehmeyer in Haren über jede ambulante Behandlung des Unterschenkelgeschwürs den Stab gebrochen. Vehmeyer meint, das erste Erfordernis bei der Behandlung des Ulcus cruris sei absolute Bettruhe und ein völliger Verzicht auf Heilung bei sehr schweren Fällen. Abgesehen davon, dafs die sozialen Verhältnisse der Patienten meistens eine mehrwöchentliche Unterbrechung der Berufsarbeit und absolute Bettruhe von vornherein ausschliefsen, und somit gerade die schroffe Forderung des Arztes auf strenges Einhalten der Bettruhe ebenso wie die Erklärung, das Leiden sei unheilbar, die Patienten direkt dem Kurpfuschertum in die Arme treibt; abgesehen von diesen beiden Erwägungen spricht auch die Erfahrung meines Erachtens vollkommen gegen Vehmeyers Ansichten. Während einer dreijährigen Tätigkeit an der Poliklinik von Dr. Unna habe ich jährlich ca. 70 Fälle von Ulcus cruris bei ambulanter Behandlung heilen sehen, darunter Riesenulcera, über Handteller grofs und bis auf das Periost der Knochen reichend. Dagegen erlitt ich in einem Falle, bei einem nur ca. 1×2 cm grofsen Ulcus, bei einer älteren reichen Dame, die fünf Wochen lang streng das Bett hütete, vollständig Fiasko mit meiner Therapie und mufste es erleben, dafs ein Kollege, der die Patientin mit fest umwickelter Martinscher Gummibinde umherlaufen liefs, dasselbe Ulcus in 14 Tagen mit fester Narbe verheilte. Diese Gegenüberstellung gab mir zu denken. — Sie zeigte mir, wie richtig die auf pathologischer Erkenntnis aufgebaute Unnasche Ansicht ist, dafs eine eigene Veränderung der Venenwand die Hauptschuld an dem Entstehen der Varicen und der in ihrem Gefolge auftretenden Ulcera cruris trägt, und nicht ein Nachlassen der Herzkraft, wie Vehmeyer meint, sei es durch Sinken der Druckkraft des linken oder der Saugkraft des rechten Herzventrikels. Eine Störung der lokalen Zirkulationsverhältnisse durch äufsere Momente (fortgesetztes Stehen) und unterstützend eine eigene Erkrankung der Venen (von den durch Syphilis, Diabetes und hochgradiger

[1] *Medico*, 1905, Nr. 9.

Arteriosclerose verursachten Ulcera sehe ich hier ab) leitet diese Veränderung ein. Während vorher an jedem Punkte im Verlaufe der Venen der unteren Extremitäten zu jeder Zeit (während Systole und Diastole des rechten Herzens) die Vis a tergo von den Arterien her und die Saugkraft des rechten Herzens zusammen einen zentripetalen Druck sicherten, lastet jetzt eine schwere breite Blutsäule, durch insuffiziente Klappen nicht mehr zurückgehalten, auf dem Sitze der Krankheit. Eine Schwächung des Herzens mag diesen Übelstand verstärken, aber nimmermehr wird sie allein das Ulcus cruris veranlassen. Warum würde man sonst bei schwerem Herzfehler so oft die Varicen und das Ulcus cruris vermissen, warum andererseits findet man ausgedehnte Varicen bei jungen kräftigen Männern mit gesundem Herzen? In Unnas Histopathologie (Orth, Path. Anat., Ergänzungsband 2, S. 17) finden wir die Entstehung der Varicen und des Ulcus cruris folgendermafsen skizziert:

„Die häufigsten Senkungshyperämien beobachten wir jedoch an den Beinen von professionell aufrechtstehenden Personen, bei Männern seltener als bei Frauen, bei denen die Kompressionsstauung der Gravidität noch hinzukommt. Die Schwere wirkt ja natürlich auf die Blutsäule in den Arterien genau so druckerhöhend wie auf diejenige der Venen, dort beschleunigend, hier hemmend. Auf diese erste, gewöhnlich rasch vorübergehende Periode muskulärer Insuffizienz der Gefäfse folgt jedoch bald eine zweite Periode der Kompensation, in welcher die anfänglichen Beschwerden vollkommen überwunden werden. Die Erhöhung des Tonus der Arterien sowohl wie der Venen führt diese Kompensation auf das einfachste herbei, freilich nicht, ohne zugleich die Widerstände für die ganze Zirkulation des Beines erheblich zu vermehren. Und an diesem Punkte setzen alle jene späteren Symptome gestörter Kompensation ein, welche unter dem Bilde der Varicen und der Unterschenkelgeschwüre allgemein bekannt sind. Die sehr geschwächte Vis a tergo gestattet es dem Blute der grofsen Venen, bis zu den Klappen der subcutanen Venen des Unterschenkels herabzusinken. Die Stauung in dieser dritten Periode, den gewöhnlich zur Behandlung kommenden Fällen, ist mithin ihrem Wesen nach eine Senkungshyperämie. Deshalb schwellen auch bei einem Druck auf die erweiterten Venenstämme die central gelegenen Teile derselben an (Trendelenburg), nicht die peripheren wie bei gewöhnlichen Stauungshyperämien. Zunächst werden die Klappen ausgebuchtet, die Venen über denselben dilatiert und durch Dehnung in der Länge geschlängelt. An Stelle der Klappen bilden sich sodann unter Schwund der Muscularis und der elastischen Häute sackartige Erweiterungen, die Varicen. Auf diesem Punkte kann der Prozefs lange stehen bleiben; ja es kann durch umschriebene Koagulationen in den Varicen mit nachfolgender Durchwachsung und Organisation oder Verkalkung zu einer Verkleinerung der offenen Venenbahnen und damit

zu einer relativen Selbstteilung kommen. Andererseits kann unter günstigen Verhältnissen oder durch Kunsthilfe (permanente Kompression) ein Erstarken der dilatierten Venenwände durch Neubildung von Bindegewebe eintreten, wodurch die Folgen der Senkungshyperämie auf die Unterschenkel ebenfalls kompensiert werden. Immerhin kommt es in einer nicht geringen Anzahl von Fällen schliefslich zu einer Insuffizienz auch der organischen Widerstände, die in den Klappen und den Wandungshypertrophien der varicösen Venen gegeben waren, und nun erst zu einer kapillären Stauung in den ganzen Unterextremitäten oder einzelnen Hautbezirken — vierte Periode. Gewisse schwache Punkte dieser Region sind es, an denen schon vorher die Folgen der permanenten Stauung zutage getreten sind, so die Haut über der vorderen Fläche der Tibia, im Umkreise der Malleolen. Die mildeste Form ist eine einfache Pigmentierung, teils in Form von Flecken, teils mehr diffus, hin und wieder als regelmäfsige Marmorierung nach der Gröfse von Flächenelementen; eine stärkere Pigmentierung allein tritt immer nur bei Abwesenheit von Ödem und nach sehr langem Bestande der Stauung auf. Je schwächer der arterielle Tonus der Extremitäten, um so eher zeigt sich ein mehr allgemeines oder mehr umschriebenes Ödem, in leichteren Fällen nur in der Gegend des Fufsgelenkes; in diesen Fällen pflegen die diapedetischen Erscheinungen weniger ausgebildet zu sein. In der vierten Periode der vollständigen Insuffizienz kommt es hier nur an umschriebenen, mark- bis talergrofsen Stellen zu einem mit starker Hyperämie einhergehenden Ödem. Durch die Kapillarerweiterung und das sanguinolente Ödem werden diese Flecke dunkelblaurot bis schwärzlich gefärbt, weich und schmerzhaft bei Berührung. Jetzt bedarf es nur noch einer leichten Verwundung der Oberhaut, eines Stofses, um den fast plötzlichen Zerfall der Stelle und die Bildung eines sehr schwierig heilenden Unterschenkelgeschwürs zu veranlassen. Dieses ist die gewöhnlichste Entstehungsart dieser Geschwürsform. Eine andere Gelegenheitsursache gibt das Ekzem der Unterschenkel, welches durch Kratzen auf die juckende und sehr zum Ekzem disponierte Stauungshaut übertragen wird. Dann tritt unter Kombination der ekzematösen Entzündung und der Stauung ein sonst beim Ekzem ungewöhnlicher Zerfall der oberen Hautschichten ein, zunächst gewöhnlich am Orte von tieferen Kratzeffekten, deren Heilung nun versagt. Fallen gröfsere, in den Wandungen verdünnte Venen in den Bereich der unter der Stauung erweichten Hautpartien, so erfolgen sehr leicht heftige Blutungen, die trotz ihres venösen Charakters schwer stillbar sind, da die Umgebung der Gefäfse ihre Elastizität vollkommen verloren hat."

Diese Betrachtung weist uns auch auf die Therapie hin: Wäre das Ulcus cruris allein eine Folge von Herzkrankheiten, so hätte V. recht, wenn er absolute Bettruhe verlangt. Seine Voraussetzung stimmt nicht,

und daher auch die Schlufsfolgerung nicht. Wie schon eine Anmerkung der Redaktion Herrn Dr. V. zu bedenken gibt, bedeutet sein Verzicht auf ambulante Behandlung einen Rückschritt, und tausendfach ist auch durch mancherlei Methoden die Möglichkeit derselben bewiesen. Alle diese Methoden erreichen ihren Zweck nur durch die Beseitigung des Druckes der Blutsäule in den erweiterten Venen. Der Bayntonsche Heftpflasterverband, der Unnasche Zinkleimverband, der seinen Siegeszug durch die ganze Welt gemacht hat, die Schleichsche Peptonpasten-Behandlung, der Verband mit Stärkebinden und Gummibinden, sowie jede Art von Kompression, die Behandlung vermittels Massage, wie sie in jüngster Zeit so dringend von Paris aus empfohlen ist, sie alle bezwecken das eine, den Druck der lastenden Blutsäule abzuhalten, und sie alle erreichen ihren Zweck früher oder schneller auf mehr oder weniger einfache, elegante und bequeme Weise. Wenn ich auch den Patienten das Stehen und Sitzen mit herabhängenden Beinen wohl vollkommen verbieten möchte, so rate ich ihnen doch ruhig zu einer mäfsigen Bewegung, da durch die Tätigkeit der Muskeln, wie bei der Massage, die Entleerung der Venen gefördert wird, und verzichte — von Fällen, die durch Phlegmone oder Erysipel kompliziert sind, abgesehen — vollständig auf absolute Bettruhe und bisher stets mit bestem Erfolg. Dafs für die Behandlung des Geschwürs selbst desinfizierende und granulationsbefördernde Mittel und Methoden hinzukommen müssen, versteht sich in den meisten Fällen wohl von selbst. Daher nehme ich mit gröfstem Optimismus selbst Riesenulcera in Behandlung, wenn nicht schwere konstitutionelle Erkrankungen, wie hochgradige Arteriosclerose oder Diabetes die Behandlung ganz aussichtslos erscheinen läfst. Ob die Saphena-Unterbindung Dauerresultate liefert, ist mir ebenfalls sehr zweifelhaft, und ich kann Herrn Dr. Vehmeyer zurzeit einen Fall zeigen, der, vor fünf oder sechs Jahren operiert, jetzt wegen schwerer Varicen und Ulcus cruris in poliklinischer Behandlung ist.

Fachzeitschriften.

Monatsberichte für Urologie.

1905. Band X, Heft 4.

Über Urethritis non gonorrhoica und Irritationsurethritiden, von R. Loeb-Cöln. Mit einem ziemlich reichen literarischen Material und Aufführung von zehn selbst beobachteten Fällen liefert Loeb den (nach des Referenten Ansicht längst schon feststehenden) Beweis, dafs es Fälle von nicht blennorrhoischer Urethritis gibt, welche meist chronischen Verlauf haben und aufser des Momentes der Reizung (des repetierten Coitus, der autoprophylaktischen Instillationen) noch anderer ätiologischen Faktoren,

also einer gewissen Prädisposition bedürfen. Dazu rechnet L. Phosphaturie, Oxalurie Masturbationsurethritis, Urethralkatarrhe bei Radfahrern, Prostatikern, Hämorrhoidariern, Leuten mit langem Praeputium und starker Smegma-Absonderung usf.; er empfiehlt daher, derartigen Leuten mit nicht intakten Harnröhren und auch solchen, bei welchen postblennorrhoische Endkatarrhe bestehen, die prophylaktischen Instillationsmittel nur unter streng ärztlicher Kontrolle an die Hand zu geben. In dieser Beziehung besonders auch DE CAMPAGNOLLES schlechte Erfahrungen anführend, rät LOEB, sich bei solchen Individuen nicht auf die Instillation weniger Tropfen einer prophylaktischen Lösung zu beschränken, sondern gröfsere Mengen zu instillieren (Präabortivkuren). Dabei möchte er auf das Protargol wegen seiner Reizbarkeit, leichten Zersetzlichkeit und geringen Tiefenwirkung (? Referent) endgültig verzichtet wissen, sondern man möge Albargin in 5—10 %iger Lösung oder auch das alte Arg. nitr. in 1—2 %iger Lösung anwenden. Die Arbeiten von WAELSCH, POROSZ, DREYER über den Verlauf dieser recht langwierigen Harnröhrenentzündungen haben bereits alles Wissenswerte gebracht (s. Referate in den Monatsheften Bd. 39, S. 141, B. 40, S. 200, Bd. 39, S. 396), so dafs das von LOEB hier Vorgebrachte nur eine Wiederholung aus obigen Arbeiten wäre. Bezüglich der Therapie, gegen welche sich diese Harnröhrenerkrankungen sehr widerstandsfähig im allgemeinen zeigen, hat Verfasser zuweilen Erfolg mit den GUYONschen Instillationen (mit Arg. nitr.) (worin ihm Referent völlig beipflichtet), auch mit lange wiederholten JANETschen Spülungen, ferner mit Metallsonden und Dilatationen usf. gehabt; absolut ungünstig möchte er die Prognose dieser Fälle daher nicht nennen, früher oder später, allerdings auch erst nach jahrelanger Dauer, werden sie doch zur Heilung kommen. Es sei auch auf das jüngst wieder mit Erfolg angewandte Heidelbeerdekokt hingewiesen, ebenso wie andere pflanzliche Mittel, die nebenbei narkotischen, adstringierenden, nervenberuhigenden Einfluſs haben, früher viel angewandt worden und heute verlassen sind, nach LOEBS Ansicht bei diesen Harnröhrenkatarrhen vielleicht wieder zu Ehren kommen dürften.

Über den diagnostischen Wert der Uroskopie bei chirurgischen Erkrankungen der Harnorgane von S. GROSGLIK-Warschau. Wiewohl die Cysto- und Ureteroskopie zur Erkrankung der Nierenaffektionen wichtige Dienste leistet, so gibt es doch Fälle, wo wir nach Feststellung, dafs die eine Niere erkrankt ist, genau untersuchen müssen, ob die andere scheinbar gesunde Niere so gut und ausgiebig funktioniert, dafs wir erstere ohne weiteres entfernen dürfen; für diesen Zweck ist die Uroskopie unerläfslich, wie G. in einwandfreier Weise auseinandersetzt. Der Kryoskopie mifst er (wohl in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der neuesten Forschungen. Refer.) hierbei nicht die Bedeutung zu, wie vor allem KORANYI u. a., und möchte sie nur für jene Fälle beibehalten wissen, wo die unmittelbar aus den Nieren gewonnene Harnmenge nur einige Kubikzentimeter beträgt, also nicht zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes, geschweige denn zu eingehender chemischen Untersuchung der Harnbestandteile genügt. Die Phloridzinprobe gibt nach GROSGLIK noch den besten Mafsstab für die Funktionstüchtigkeit einer Niere, wobei selbstverständlicherweise der Harn getrennt aus jeder Niere aufgefangen werden mufs (CASPAR und RICHTER). Ferner mufs der Allgemeinzustand des Patienten ganz besonders bei der Frage einer Operation berücksichtigt werden, während die Kryoskopie des Blutes (als wichtigsten Zeigers einer absolut genügenden Leistungsfähigkeit der gesunden Niere, d. h. völliger Ausscheidung der schädlichen Stoffwechselprodukte aus dem Blute) nur dann in Betracht kommen kann, wo alle anderen Untersuchungsmethoden der funktionellen Nierendiagnostik aus technischen Gründen im Stiche lassen. GROSGLIK kann in dieser Beziehung auf eine Reihe von Fällen hinweisen, die er beobachtete und bei welchen trotz bedeutender Herabsetzung des Gefrierpunktes des Blutes (in

einem Falle sogar bis — 0,73 ° C.) die Entfernung der kranken Niere einen vollständigen Erfolg hatte. Man darf also auch in obigen seltenen Fällen den kryoskopischen Angaben keinen allzugrofsen Wert beimessen, mufs vielmehr die Indikationsstellung zur Operation auf kritischer Auseinandersetzung aller klinischen Symptome begründen; für die Mehrzahl der Fälle von chirurgischer Erkrankung der Harnorgane bleibt der Schwerpunkt der Diagnose immerhin in zweckmäfsig ausgearbeiteten Methoden der Sammlung und allseitigen Untersuchung des Harns, wie die Schlufssätze des Verfassers lauten. *Stern-München.*

The British Journal of Dermatology.

Mai 1905.

Eine Untersuchung über die Ätiologie des Ekzema infantile, von Arthur J. Hall-Sheffield. Um die widersprechendsten Ansichten über die Ätiologie des Ekzems auf ihren Wert zu prüfen, hat Verfasser bei sechzig typischen Fällen von Ekzema infantile nach einem Schema eingehende Untersuchungen angestellt. Als „Ekzema infantile" wurden nur die Fälle verwertet, bei denen die Erkrankung im ersten Lebensjahre begonnen hatte. Mutter und Kind wurden genau untersucht und die Lebensbedingungen, unter denen das Kind vor Beginn der Erkrankung gelebt hatte, sowie der Einfluſs der Umgebung in allen Einzelheiten festzustellen gesucht. Bevor Verfasser auf seine Untersuchungen eingeht, gibt er zunächst eine Übersicht über die verschiedenen Anschauungen betreffend die Ätiologie des Kinderekzems während des letzten Jahrhunderts. (Fortsetzung folgt.)

Bemerkungen über die Histopathologie des multiplen idiopathischen hämorrhagischen Sarkoms, von J. M. H. Macleod. Verfasser hat den im Aprilheft von Weber und Daser mitgeteilten Fall histologisch untersucht und kommt zu dem Ergebnis, dafs er klinisch wohl genau mit dem Kaposischen Sarkom übereinstimmt, histologisch aber nicht den Sarkomen anzureihen ist. Das Wesen der Tumoren bestand vielmehr in einer Wucherung junger Bindegewebszellen mit starker Gefäſserweiterung, Ödem und Ablagerung von Blutpigment. In dem bei der Untersuchung vorliegenden Stadium war jedenfalls keine Neigung zur Malignität erkennbar.

A. Loewald-Kolmar.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 4.

Zur Histologie der Radio-Epithelitis. Die Wirkung der X-Strahlen auf die normale Epidermis und das epitheliomatöse Gewebe, von E. Dalous und J. Lasserre. Das Präparat, an dem die beiden Forscher ihre Untersuchung vornahmen, stammte von einem oberflächlichen Epithelioma vegetans der linken Wange. Das Epitheliom wurde mit dem gewünschten Erfolg neunmal der Röntgenbestrahlung ausgesetzt.

Die Hautveränderungen bestehen in einer Atrophie des Epithels; die Epidermis ist im ganzen verdünnt und die Cutis hat ihre Papillen eingebüfst. Die Verdünnung betrifft namentlich die Stachelschicht, in deren unteren Lagen die Zellen vakuolisiert sind. Die gröfsten Veränderungen finden sich aber an der Keimschicht. Hier sind die Zellen sehr gelockert und hängen nur noch mit der Basalschicht fester zusammen; auch stehen sie zur Basalschicht nicht mehr senkrecht, sondern in verschiedenen Winkeln zu ihr geneigt; desgleichen sind ihre Formen ganz unregelmäfsig geworden; die meisten sehen keulenförmig aus; einzelne sind rund, andere fadenförmig in die

Länge gezogen; endlich sind sie auch zum Teil deutlich atrophiert, zum Teil riesig aufgeblasen; in diesem Fall enthalten sie eine mit einer homogenen Masse gefüllte Vakuole; im Zentrum der Vakuole befindet sich der Kern; Karyokinesen sind äußerst selten. Infolge dieser Veränderungen ist der Zusammenhang zwischen Epidermis und Cutis stark gelockert. Die Bindegewebsfasern stehen im allgemeinen sehr dicht, doch sind sie an einzelnen Stellen durch die Umschnürung der elastischen Fasern ganz atrophiert; die elastischen Fasern fehlen wiederum gänzlich in der unmittelbaren Nähe der Neubildung.

Diese ist ein Epitheliom der Stachelschicht und entspricht dem kankroiden Typus, d. h. sie ist reich an Epidermiskugeln. Das auffallend reichlich vorhandene Horngewebe ist in seinem Bau nicht weiter verändert. In vielen Epidermiskugeln aber, besonders in den oberflächlich gelegenen, sind die Hornlamellen stark auseinander gedrängt und die so entstandenen freien Räume oft mit vielen Leukocyten gefüllt. Die polyedrischen Zellen mit ihrem fibrillären Protoplasma und ihrem chromatinarmen Kern haben fast gar nichts von den bekannten Eigenschaften der epitheliomatösen Zellen, aber fast immer ist ihr Protoplasma geschwollen, während die Fibrillen sehr zart und weit auseinander gerückt sind. Auch bei diesen Zellen sind Vakuolen nichts Seltenes; ihre Kerne sind meistens stark vergrößert. In weiterer Entfernung von den Hornlamellen treten die Zellen mehr und mehr auseinander, so daß stellenweise ein richtiger Status spongiosus zustande kommt; in noch größerer Entfernung verschwinden die Zellen gänzlich und lassen die Epidermiskugeln allein zurück. Das Bindegewebe rings um die epitheliomatösen Läppchen ist stark ödematös, sieht netzartig aus, und in den Maschen dieses Netzes finden sich Bindegewebs- und Krebszellen. Die festen Zellen des Bindegewebes sind proliferiert. — Der Panniculus adiposus ist nicht infiltriert. An der Peripherie der Neubildung gewahrt man erweiterte Lymphkapillaren, die mit koaguliertem Serum und mit Leukocyten gefüllt sind; in den Arteriolen herrscht ausgesprochene Endarteriitis. — Von Haaren, Schweiß- und Talgdrüsen wurde keine Spur gefunden.

Die Verfasser führen aus, daß die aufgezählten Veränderungen durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen zustande gekommen sind.

Die Kompression bei der Phototherapie, von Mezerette. Wenn die ultravioletten Strahlen beim Lichtheilverfahren zur vollen Wirkung gelangen sollen, so muß die zur Behandlung kommende Hautstelle möglichst ganz anämisiert sein, denn die roten Blutkörperchen verhindern das Eindringen der chemischen Strahlen in die Tiefe. Die Anämisierung läßt sich durch Kompression erreichen. Diese Kompression muß, nach der Forderung von Prof. Marie, energisch, ansteigend, dauerhaft und meßbar sein, Bedingungen, die durch die komprimierende Hand oder durch Gummibänder nie erfüllt werden können. M. beschreibt nun einen Apparat, der allen diesen Anforderungen entspricht und außerdem den Vorteil hat, den Kopf des Patienten während der Sitzung festzustellen. Er besteht im wesentlichen aus einer größeren, viereckigen Metallplatte, die von dem Rohr, welches die Linse enthält, durchbohrt wird, und aus einer zweiten, gepolsterten Platte, welche mit der ersten durch Ketten verbunden ist und je nach Bedarf loser oder fester angezogen werden kann. Zwischen Linse und Polster wird der Kopf des Patienten eingepreßt.

Dieser Apparat hat sich auf der Brocqschen Abteilung im Hôpital Broca bei der Lupusbehandlung sehr bewährt. Die sehr schmerzhaften Phlyktänenbildungen, die sonst nach der Lichtbehandlung nicht selten sind und die beweisen, daß alle chemischen Strahlen durch die oberflächlichen Hautschichten absorbiert wurden, kamen fast niemals vor. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1905. Heft 3—4.

Bericht über die von Gaucher geleiteten Mittwochs-Polikliniken des Hôpital Saint-Louis. Einzelne, in der Poliklinik sich darbietende Fälle, die ein höheres Interesse beanspruchen, werden von G. ausführlicher behandelt. Die Aufzeichnungen stammen von Druelle und gehen selber nicht über die Kürze eines Referats hinaus.

Ein Fall von Xanthelasma acutum, von Gaucher und Druelle. Dieser Fall, der einen 52jährigen Herrn betraf, zeichnet sich dadurch aus, dafs das Exanthem sich innerhalb weniger Tage über den ganzen Körper, mit Ausnahme von Gesicht, Händen und Geschlechtsorganen, ausbreitete und von einem sehr lästigen Jucken begleitet war; auch bestanden die meisten Ausschlagselemente aus Papeln mit kleinen, zentral gelegenen, gelblichen Knötchen. Doch wurde durch die Biopsie festgestellt, dafs es sich wirklich um Xanthelasma handelte.

Mehrfache Phlebitis im Verlauf der sekundären Syphilis, von Gaucher und Touchard. Die Phlebitis begann im Verlauf der linken Vena saphena interna an der Innenfläche des linken Knies und machte sich äufserlich durch Rötung der entsprechenden Hautstelle bemerkbar. Nach einigen Tagen kam auch eine Entzündung der gleichen Stelle der rechten Vena saphena hinzu und nach weiteren drei Tagen fand sich auch ein Venenstamm an der Vorderfläche des rechten Unterarms in einer Ausdehnung von 3—4 cm entzündet. — Kein Ödem, kein Fieber.

Ulcus molle extragenitale der linken Hand mit schweren Komplikationen, von Batut-Bordeaux. Bei einem Soldaten, der mit Tripper, präputialem Schanker, Phimosis, Lymphangitis des Penis ins Lazarett zur Aufnahme kam, hatte der behandelnde Arzt die Vorhaut gespalten. Beim Zusammennähen der Wundränder stach er sich mit der Nadel in den linken Handrücken, beachtete die kleine Verletzung aber nicht weiter. Doch bald entwickelte sich an der Stichstelle unter den heftigsten Schmerzen ein weicher Schanker, es kam zur Phlebitis in der Ellenbogenbeuge; die Achseldrüsen schwollen an und vereiterten, die Entzündung stieg bis zum Hals hinauf und veranlafste hier eine Periostitis der Clavicula und eine Entzündung der superklavikularen Drüsen; zuletzt kam es auch noch zu einem Erysipel am Rücken und zu einem äufserst lästigen medikamentösen Ekzem der Hände nach dem Gebrauch von Orthoform und Jodoform, so dafs der Patient im ganzen vier Monate an den Folgen des kleinen Unfalls zu leiden hatte.

Die Wirkung der Schwefelbäder von Luchon auf Syphilis und Hautkrankheiten, von H. Pelon. P. rühmt den Schwefelwassern im allgemeinen und besonders den heifsen Schwefelquellen von Luchon einen sehr günstigen Einfluſs auf die Beseitigung von Syphilis und Hautausschlägen nach. Abgesehen davon, dafs die Bäder stärkend und anregend wirken und den starken Verlust, den die Syphilitischen nach neueren Forschungen an Schwefel erleiden, rasch wieder ersetzen, dienen sie auch zur rascheren Absorption des in den Organismus eingeführten Quecksilbers und verhindern eine Vergiftung mit diesem Metall. Das Quecksilber geht nämlich mit dem ClNa der Körpersäfte und dem Eiweifs der Gewebe eine feste Verbindung ein, die sich in den Geweben ablagert und für den Heilungsprozefs verloren gehen würde, wenn sie nicht durch die Schwefelwässer in leicht lösliche Schwefel-Quecksilberverbindungen übergeführt würden, deren Überschufs der Körper rasch wieder ausscheidet. Man kann also bei gleichzeitigem Gebrauch der Bäder dem Körper viel mehr Quecksilber überantworten und so viel nachhaltiger auf die Syphilis einwirken. Das nämliche gilt aber auch für das Jodkalium, das nach den Erfahrungen von P. bei

gleichzeitigem Gebrauch von Luchon viel besser vertragen wird und demgemäfs seine Wirkung viel kräftiger entfalten kann.

Von den Dermatosen sind alle seborrhoischen Formen, die nässenden Ekzeme, die Akne rosacea und Akne polymorpha, die Urticaria chronica, endlich verschiedene Formen der Psoriasis und der pruriginösen Dermatosen für Schwefelbäderbehandlung geeignet. Streng auszuschliefsen sind alle akuten Formen. Die bleichende Wirkung der Schwefelwässer beruht nach den neueren Untersuchungen darauf, dafs der Schwefel sich in Form eines ganz feinen Staubes auf die Haut niederschlägt. Sehr wirksam erwiesen sich schliefslich auch die heifsen Schwefelquellen in Form von Duschen bei der Alopecia areata.

Hautepitheliom durch Röntgenstrahlen geheilt, von Gaucher, Lacrapère und Delherm. Das Epitheliom safs in der Schläfengegend, am äufseren Ende der linken Augenbraue. Nach mehrfachen Entfernungen mit dem Messer bezw. Zerstörungen mit dem Thermokauter rezidivierte es immer wieder. Eine Heilung erfolgte erst durch die Radiotherapie; nach 18 Sitzungen hatte sich eine glatte, bewegliche Narbe gebildet. *Türkheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder. III. Band, 1. Heft. (Aug. Hirschwald, Berlin 1904.) Dieser Bericht der aufserordentlich rührigen D. Gesellsch. f. V. bringt wieder eine Reihe für die Praxis höchst wichtiger und brauchbarer Artikel über Einrichtung verschiedener Arten von Bädern, nämlich für eine Kleinstadt, für ein Dorfbad, Brausebad für Schüler und Erwachsene u. s. f. nebst den entsprechenden Kostenvoranschlägen. Ganz interessant ist auch die Rentabilitätsberechnung für Volksbadeanstalten; eine Badeanstalt von etwa 40000 Mark Herstellungskosten mufs, wenn eine $3^1/_2$%ige reine Kapitalsverzinsung erzielt werden soll, einen jährlichen reinen Überschufs von etwa 4000 Mark bringen; dies ist zu erreichen, wenn täglich ca. 170 Bäder abgegeben werden und das Wasser nicht mehr als etwa 5 Pfennige pro Kubikmeter kostet, die Anstalt mufs dabei etwa 20 Badezellen haben. Einen weiteren, recht lesenswerten Beitrag bilden eine Anzahl Vorträge, die, auf dem norwegischen Ärztetage zu Hankö, August 1903, gehalten, sich mit der Volksbadefrage befassen. Wir sehen hieraus, dafs die ca. 40000 Einwohner zählende Stadt Drontheim Dank der Munifizenz besonderer Gönner nicht nur in den Schulen ihre Bäder, sondern auch noch drei grofse Badeanstalten für die Allgemeinheit und die Seebäder besitzt. Ein Dr. Moinichen erwähnt weiterhin in seinem Vortrage über Volks- und Schulbäder der Finnen, bei welchen das Baden seit undenklicher Zeit Nationaleigentum sei, während Norwegen in dieser Beziehung noch ziemlich rückständig sei; M. untersuchte in mikroskopischen Präparaten die Haut der viel badenden Finnen und der Norweger, „welche keiner übertriebenen Reinlichkeit huldigten", und hatte das interessante Ergebnis, dafs sie bei ersteren mit Stratum corneum und Drüsen besser versehen ist, als bei letzteren, mit anderen Worten, dafs sie funktionsfähiger ist. Auch aus Schweden und Dänemark lauten die Berichte der referierenden Ärzte über mächtige Zunahme der Bewegung zu Gunsten der Volksbäder. Das neuerliche Preisausschreiben der D. G. f. V. zur Erlangung von Entwürfen für ein künstlerisches Plakat ist genau in diesem Hefte der Ver-

öffentlichungen nebst den Herren, welche das Preisrichteramt übernommen haben, und anderes mehr wiedergegeben. In Fortsetzung früherer Berichte bringen zwei grofse Firmen der Badebranche, David Grove in Berlin SW. und H. Schaffstaedt in Giefsen, eine Aufzählung der grofsen Reihe von Bädern aller Art, welche sie ausgeführt haben; erstere Firma noch eine eingehendere Beschreibung des Warmbades Zoppot. Die Chronik, der letzte Hauptabschnitt der Veröffentlichungen, erzählt von den neuen Bädern, welche sowohl in Deutschland wie im Auslande vielerorts entstanden oder projektiert sind, und seien als besonders erwähnenswert hervorgehoben die Badeanstalten von Krefeld, Dresden, die Projekte von Neuwied, Leipzig, Stuttgart und Heidenheim (Württemberg), von Wien u. s. f. Wir ersehen aus dieser Chronik, dafs in einer Reihe von Orten die Frequenz der Badeanstalten einen erfreulichen Aufschwung genommen, während nur von einigen wenigen die Leiter über zu geringe Beteiligung der Bevölkerung zu klagen haben. *Stern-München.*

Diagnose und Therapie des Ekzems. I. Teil: Diagnose. (Dr. Jessners Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 14. A. Stuber, Würzburg 1905.) Das Erscheinen eines neuen Heftes Jessners ist immer mit Freuden zu begrüfsen, gibt J. doch in knapper und doch klarer Weise dem Praktiker beherzigenswerte Winke. Auch das neue Heft zeigt die präzise Art und den gewandten Stil des mittlerweile rühmlichst bekannten Autors. Im ersten, mir vorliegenden Teil behandelt die Diagnose des Ekzems, des „Hautkatarrhs", als welches er es kurz bezeichnet. Er stellt es hin als eine mit Rötung, Schwellung, Störungen der Sensibilität, Exsudation einhergehende entzündliche Affektion der oberflächlichen Hautschichten, welche zur Abhebung der Hornschicht, in Gestalt von Blasen, Pusteln, Schuppen, eventuell nach vollkommener Abstofsung der Hornschicht in Gestalt nässender Flächen führt. Es folgt eine Schilderung der einzelnen Stadien: Ekzema erythematosum, papulosum, vesiculosum, pustulosum, madidans, crustosum, squamosum und dann eine Besprechung der Ausbreitungsweise des Ekzems und der subjektiven Beschwerden, woran sich dann die zahlreichen Variationen und Abweichungen von der Norm anschliefsen mit besonderer Berücksichtigung des akuten und chronischen Ekzems. Zuerst werden das Ekzema papulosum, das Ekzema seborrhoicum Unna und dann die Ekzeme der einzelnen Körpergegenden geschildert, so die der Kopfhaut, Gesicht, Stirn, Augenbrauen, Augenlider, Lippen, Nase, Hals, Rumpf, Mamma, Genito-Analgegend, Extremitäten. Ätiologisch unterscheidet man primäre und sekundäre Ekzeme, erstere können aus inneren Ursachen (neurotische, Skrophulose, Diabetes, Arthritis, Adipositas, Bluterkrankungen, Lungen-, Herzleiden, Erkrankungen der Harnorgane, Menstruation, Gravidität, Verdauungsstörungen) oder äufseren Ursachen (parasitär, Reizung) entstehen. Nach dieser Schilderung fafst J. die Diagnose des Ekzems noch einmal präzise zusammen und wendet sich in längeren Ausführungen der Differentialdiagnose zu, wobei er Erythema exsudativum multiforme, Herpes tonsurans maculosus resp. squamosus, Ekzema marginatum, Psoriasis vulgaris, Lupus erythematodes, Impetigo contagiosa, Pemphigus vulgaris, Dyshidrosis, Mykosis fungoides, Pagetsche Krankheit, Syphilide, Intertrigo ins Treffen führt. Bietet das Heft dem Fachmanne auch nicht viel Neues, so wird er sich desselben doch gern seiner kurzen einfachen Art wegen bedienen, wenn er schnell einmal etwas nachschlagen will. Dem praktischen Arzte hingegen kann das kleine Werk nur angelegentlichst empfohlen werden als eine Richtschnur zur Stellung der richtigen Ekzemdiagnose. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Hygiene der Haut, Haare und Nägel im gesunden und kranken Zustande, von E. Riecke, Privatdozent in Leipzig. Mit 17 Abbildungen. Bibliothek der Gesundheitspflege, 12. Band. (Ernst H. Moritz, Stuttgart 1905.) Das vorliegende Buch gehört zur ersten Serie der Bibliothek der Gesundheitspflege, welche von dem verstorbenen

Hans Buchner begründet und von Max Rubner weiter herausgegeben wurde, und erfüllt in vollständiger Weise seinen Zweck, dem Laien ein übersichtliches Bild über die gesamte Hygiene der Haut zu geben. Sehr instruktiv ist das 1. Kapitel: Geschichtliches, woraus wir mit Bedauern ersehen, dafs im Verlaufe der letzten Jahrhunderte uns Deutschen der „Badesinn" völlig abhanden gekommen war und erst mit Ende des vergangenen und Anfang dieses Jahrhunderts allenthalben auch bei uns wieder die beste Pflege der Haut, die reichliche Wasseranwendung und die Bäder, in Gebrauch kommt. Weitere Kapitel sind: 2. Bau, 3. Tätigkeit der Haut, 4. Hautkrankheiten und ihre Bedeutung für die Gesundheit; bei 5. den Ursachen von Hautkrankheiten ist vielleicht die Beschreibung der Pilze für einen populären Wegweiser etwas zu eingehend, ebensowenig kann sich Referent mit manchen Angaben im 7. Kapitel: Mifsbildungen der Haut, befreunden. Die wichtigsten Kapitel bilden jene (9.) über Verhütung von Hautkrankheiten, 11. über Mittel zur Pflege und Behandlung der gesunden und kranken Haut, wobei in ganz trefflicher Weise die neuen Behandlungsmethoden mit Finsenlicht, Röntgen- und Radiumstrahlen dargestellt werden; mit Recht weist hier Verfasser darauf hin, dafs diese nur in den Händen der Ärzte mit Erfolg Anwendung finden können, und gedenkt auch der Glühlichtbäder, welche in letzter Zeit aufserordentlich „modern" geworden, aber nicht immer als Schwitzbäder unbedenklich seien. Die moderne Schönheitspflege der Haut ist ein Kapitel, in welchem mancher Aberglaube, wie z. B. von der Schädlichkeit, übermäfsiges Schwitzen zu beseitigen, bekämpft und als notwendiges Hilfsmittel einer hygienischen Kosmetik der Haut allgemein hygienisches Verhalten des Menschen dargestellt wird. Das Haarkleid des Menschen unter normalen und anormalen Verhältnissen dürfte ein Kapitel sein, welches u. a. durch Beschreibung der verschiedentlich schon vorgekommenen Haarmenschen für den Laien wohl grofses Interesse bietet, während die beiden letzten Kapitel, Pflege des Haares im gesunden und kranken Zustande, die Nägel, ihr Bau, ihre Erkrankungen und Pflege, zu den wichtigsten des Buches und die darin enthaltenen Mahnungen zu peinlichster Sauberkeit, wie uns Ärzten ja wohl bekannt, ganz besonders beherzigenswerte sind. Die Worte Sondereggers: „Der mächtigste Feind unseres Lebens ist der Schmutz, und wer ihn zu besiegen wüfste, der hätte die gröfste Aufgabe der Gesundheitspflege gelöst" schliefsen das Buch, welches wir all unseren Patienten zur fleifsigen Lektüre empfehlen können.

Stern-München.

Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung. Akademische Vorlesungen von Waldvogel-Göttingen. (Ferd. Enke, Stuttgart 1905.) Das Thema wird in acht Vorlesungen, die Verfasser der Göttinger Studentenschaft gehalten, abgehandelt. Während die erste Vorlesung die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten, namentlich unter der studierenden Jugend, betont und die Bestrebungen gegen die Verbreitung erörtert, wird in den folgenden das Wesen und die klinischen Eigentümlichkeiten der hier in Betracht kommenden Krankheiten geschildert. In der sechsten Vorlesung redet Verfasser der geschlechtlichen Enthaltsamkeit das Wort, ohne die Schwierigkeit der Durchführung zu verkennen. Die folgende ist der Prostitution, der Quelle aller dieser Leiden gewidmet, und in der achten Vorlesung endlich, welche die Arbeit beschliefst, werden die Rechtsverhältnisse der Prostitution auseinandergesetzt, ferner der Schutzmittel im Geschlechtsverkehr Erwähnung getan, sachliche Behandlung der Erkrankten gefordert und als wirksamstes Mittel gegen die Verbreitung die Aufklärung aller Kreise über die Gefahren der Geschlechtsleiden empfohlen.

Wenn bei der Hochflut der Erscheinungen auf diesem Gebiet ein neues Erzeugnis

auf den Markt kommt, so muſs bei der kritischen Bewertung der höchste M angelegt und verlangt werden, daſs das Produkt den höchsten Anforderunge spricht. Leider kann das letztere von dem vorliegenden Werke, bei aller Anerke der ehrlichen Bestrebungen, nicht behauptet werden. Man vermiſst hier gar schieden die so notwendige Plastik der Darstellung, die dem Zuhörer das Vorget mit zwingender Deutlichkeit und unverwischbarer Klarheit vor sein geistiges führt. Ich denke dabei namentlich an die Schilderung der klinischen Sympton einzelnen Krankheiten, vor allem der Syphilis. Ich gebe gern zu, daſs dieser M in dem Kolleg durch die Abbildungen, die Verfasser seinen Hörern vorführte geglichen wurde, allein wir haben es hier mit der Buchform des Vortrages z

Auch in rein sachlicher Hinsicht müssen Ausstellungen gemacht werden, Verfasser schreibt: „Ferner bleibt der weiche Schanker rein lokal, der Tripper an anderen Stellen des Körpers als an seiner Eintrittspforte Krankheitsherde, w von einer Aufnahme des Giftes in das Blut zeugen“ (S. 12), so ist dieser Aussp der in seiner Allgemeinheit keineswegs berechtigt ist, doch sicherlich sehr geeignet, bei Laien Miſsverständnis und Verwirrung anzurichten. Da die Verschlepp der Gonokokken in die Blutbahn doch das weitaus seltenere Ereignis ist, sollte vor Laien, meine ich, gerade im Gegenteil betonen, daſs das Trippergift nich Blut übergeht, um gerade diese Vorstellungen, die von Kurpfuschern geflisse genährt werden, zu zerstreuen. Anlaſs zu Miſsverständnissen kann auch die folg Stelle geben: „Zudem ist die Übertragung des Trippergiftes nicht so ausschlie wie beim weichen Schanker an den Geschlechtsakt gebunden. Die Übertragun das Auge durch den Finger kann schwere Folgen nach sich ziehen, ja Kinder kö an Tripper erkranken, wenn sie mit ihren tripperinfizierten Müttern zusammen schl wenn sie Schwämme, Handtücher benutzen, an die ein wenig Trippergift gel ist...“ (S. 19 u. 20). Trifft dies nicht alles auch in gleicher Weise auf den wei Schanker zu? — Wenn an mehreren Stellen von der ungenügenden Vorbildung Ärzte auf diesem Gebiete gesprochen wird (S. 70: „Dazu kommt, daſs die Ärzte le sehr häufig ungenügend vorgebildet“, S. 81: „Nun müssen wir Ärzte uns, so tra es klingt, leider bis jetzt noch häufig den Vorwurf machen lassen, daſs auch u uns auf diesem Gebiete Kurpfuscher sind...“), so halte ich das für höchst unnö Es gibt in jedem Stande Pfuscher, auch im Ärztestande, aber es liegt kein zwingen Grund vor, dies vor einer so kritischen Zuhörerschaft, vor Studenten aller Fakultä ärztlicherseits extra zu betonen, es wird uns das von anderer Seite mit hinreichen Deutlichkeit genügend unter die Nase gerieben.

Zwei in den Text eingestreute Abbildungen veranschaulichen einen Durchschn durch das männliche Becken und die weiblichen Geschlechtsorgane.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Laienbehandlung einer Harnröhrenverengerung und Urinverhaltung, vo C. J. Ringwell - Minneapolis. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 24. Dez. 1904.) Die hie mitgeteilte Behandlung hat zwar wenig Aussicht, Nachahmung zu finden, dürfte di

Herren Kollegen aber doch lebhaft interessieren. — Ein auf dem Lande einsam lebender Mann hatte eine alte Striktur, die besonders nach Alkoholexzessen Störungen in der Harnentleerung verursachte und die Anwendung des Katheters notwendig machte. Der Patient hatte es allmählich gelernt, sich selbst den Katheter oder auch einen Strohhalm in die Blase einzuführen. Eines Abends, als die Not infolge sehr reichlicher Vertilgung von Bier, Whisky usw. wieder einmal sehr grofs war, war der Katheter nicht zu finden, eine Kollektion von Strohhalmen war nutzlos verbraucht worden, ein Arzt war nicht erreichbar, kein Mensch in der Nähe. Was tun? Der Mann wufste Rat. Er füllte sich die Harnröhre bis zur verengten Stelle mit — Schiefspulver aus, hielt ein Licht vor die Öffnung und — die Geschichte explodierte: Zerreifsung der Harnröhre und der umgebenden Teile, starke Hämorrhagie, Urininfiltration, Sepsis, Gangrän und einige Tage später Exitus. *A. Loewald-Kolmar.*

Einige Betrachtungen über die Technik der Harnröhren- und Blasenspülungen, von Melun-Bukarest. (*Presse méd.* 1904. Nr. 61.) Die Vorzüge der Methode sind folgende: Der Arzt kann jeden Moment den angewandten Druck durch Verkleinerung des Schlauchkalibers mit der rechten Hand regeln. Diese Hand fühlt jeden Widerstand, der auftritt, sei er vom M. sphincter, sei er von der Blase erzeugt. Dieser Druck wird der linken, den Penis umfassenden Hand durch eine Art Pulsschläge mitgeteilt. *Hopf-Dresden.*

Was leistet die Cystoskopie bei Verletzungen der Blase und den Ureteren? von Leopold Thumim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 9.) Hinweis auf die Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnose der Blasenfisteln bei Frauen und für die genaue Feststellung des Sitzes einer Fistelöffnung und ihrer topographischen Beziehungen zum Ureter. Die Unkenntnis dieser Beziehungen kann recht unangenehme Folgen haben. So trat in einem von Th. beobachteten Falle, in dem der Verschlufs einer Blasenscheidenfistel ohne vorherige Cystoskopie vorgenommen worden war, eine linksseitige intermittierende Hydronephrose auf. Offenbar war hier der unterste Ureterabschnitt in die vorhandene Narbe einbezogen und dadurch eine Art Traktionsstenose des Harnleiters bedingt; diese wurde bei stärkerer Füllung der untersten Dickdarmpartien für den Urin unpassierbar und führte dann zur renalen Stauung; war der Druck sehr stark geworden, dann wurde das Hindernis überwunden. Regelmäfsige Entleerung des Darmes und methodische Bougierung der Harnleiterstenose brachten dauernde Heilung. — Interessant ist auch ein von Th. beschriebener Fall von doppelter Perforation der Blase. Er betraf eine Frau, bei der ein Beckenabscefs vom Scheidengewölbe aus inzidiert, an der vorderen Bauchwand eine Gegenöffnung angelegt und durch die beiden Inzisionsöffnungen ein Drainrohr hindurchgeführt worden war. In der Folge entleerte sich ein dünnflüssiges, etwas schleimiges Sekret von ausgesprochen ammonikalischem Geruch, dabei bestand Harndrang, aber keine Inkontinentia, die Miktionen waren schmerzhaft. Die cystoskopische Untersuchung zeigte, dafs das Drainrohr durch das Blasenkavum hindurchlief. Nach Entfernung des Drains schlofs sich die Blasenscheidenfistel sehr rasch, die Bauchdeckenfistel wurde anfangs weiter drainert und granulierte dann allmählich zu. — Zum Schlusse bespricht Th. noch die Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnose der Ureterenverletzungen.

Götz-München.

Eine einfache Methode der Cystoskopie, von M. C. Millet - Rochester. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 15. Okt. 1904.) Dadurch, dafs Verfasser ein Cystoskop, welches für Dehnung der Blase durch Luft konstruiert ist, mit einem Irrigator in Verbindung bringt und statt Luft Wasser in die Blase einströmen läfst, glaubt er nach seinen Erfahrungen ein besseres Instrument zur Spiegelung der Blase zu besitzen,

als es die für Wasserspülung konstruierten Cystoskope sind. Die Vorzüge d thode sollen in der raschen und gründlichen Durchspülung und in der Mögli den Strom nach jeder gewünschten Richtung zu dirigieren, bestehen.

A. Loewald-Kolmar

Die Tumoren der Harnblase, von Hugo Fengler. (Inaug.-Diss. Breslau Verfasser gibt zunächst einen Überblick über die Geschwulstarten und Forme Harnblase, führt dann das Wesentliche aus 30 Krankengeschichten an (aus der k chirurgischen Klinik in Breslau) und faßt zum Schluß seiner fleißigen Arbeit d fahrungen aus den beschriebenen 30 Fällen zusammen, um zu sehen, inwiefern selben unsere Kenntnisse über Blasengeschwülste bereichern.

In ätiologischer Beziehung zunächst fand sich bei der Mehrzahl seiner nichts angegeben, was als Ursache der Geschwulstbildung hätte aufgefaßt w können. In sieben Fällen hatte in der Jugend und teils im späteren eine blennorrhoische Infektion stattgefunden; Verfasser hält es daraufhin für ge fertigt, dieser Infektionskrankheit mit ihren mannigfachen Folgeerscheinungen Rolle in ätiologischer Beziehung zuzuschreiben. In fünf Fällen fand sich angeg daß bei den Kranken Blasensteine vorkamen, sei es, daß die Steinbildung voran sei es, daß sich später nach der Geschwulstbildung ein Stein vorfand; bei e Patienten wurden Stein und Geschwulst vereint gefunden. Es läßt sich, sagt fasser, daher wohl nicht der Gedanke von der Hand weisen, daß zwischen Stein- Geschwulstbildung eine wechselseitige Beziehung bestehe, wie es in analoger V für Gallensteine und Geschwülste der Gallenblase angenommen wird. In zwei F ist eine äußerliche Gewalteinwirkung auf den Unterleib, an welche sich eine Bla geschwulst anschloß, mit Bestimmtheit angegeben.

In den Fällen des Verfassers kamen auf 28 Neubildungen bei Männern nur d zwei bei Frauen.

Die überwiegende Mehrzahl der Kranken stand im Alter von 30—60 Jah einige waren über 60 Jahre alt, und nur ein kleiner Teil war im jugendlichen A Das Verhältnis war 23 : 5 : 2.

Im Gegensatz zu anderen Autoren, welche die Angabe machen, daß die Vor wand der Blase selten Sitz von Geschwülsten sei, fand Verfasser die Vorderw relativ häufig von Neubildungen befallen.

Die Prostata war in sieben Fällen bei der Geschwulstbildung in Mitleidensch gezogen, so daß es fraglich schien, ob der primäre Herd von der Blasenwand se oder von der Prostata ausgegangen war.

An erster Stelle findet sich, bei der Untersuchung der histologischen Stellu der Neubildungen in den beschriebenen 30 Fällen, das Papillom verzeichnet. einem Patienten fanden sich Blasenpolypen, bei einem zweiten ein Angiom und My vereinigt. Einmal handelte es sich um ein Rundzellensarkom mit zahlreichen Me stasen im Becken. Carcinome wurden in einer großen Anzahl von Fällen beobacht

Im Schlußteil seiner Arbeit bespricht Verfasser kurz die Diagnose, Symptomat Therapie und Prognose der Blasengeschwülste.

(Der Arbeit lag das Material von v. Mikulicz zugrunde.)

Fritz Loeb-München.

Zur Therapie der Blasengeschwülste, von Leopold Casper - Berlin. (*Me Klinik.* 1905. Nr. 4.) Die Diagnose, ob Blasentumor vorliegt oder nicht, ist vermitte der Cystoskopie verhältnismäßig leicht, weniger einfach ist es, festzustellen, ob d Tumor gutartig oder bösartig ist. Hier müssen mehrere Untersuchungsmethoden vo genommen werden, um halbwegs sicher zu gehen. Einen gewissen Anhalt gewäh die Art der Blutung. Bei gutartigen Tumoren sind die einzelnen Blutungen durc

lange Pausen charakterisiert; ein Tumor, der ständig blutet, ist fast immer malign. Schmerzen sind häufiger bei malignen als bei gutartigen Tumoren. Bei letzteren sind die Kranken meist in gutem Allgemeinzustand, bei den malignen läfst die Kachexie nicht lange auf sich warten. Aus dem Abgang von Gewebspartikelchen kann ebenfalls ein Schlufs gezogen werden.

Die Therapie zerfällt in die symptomatische und die radikale. Erstere ist bei beiden Tumorarten die gleiche: Harndrang, Schmerz und Blutung müssen bekämpft werden. Die beiden ersteren durch Narcotica. Zur Stillung der Blutung scheint sich von den internen Mitteln noch am besten das Stypticin in Tabletten à 0,05 bis zu acht Stück täglich zu bewähren. Lokal empfehlen sich Blasenwaschungen von Argent. nitr. 1 : 1000. Direkt zu warnen ist vor der Injektion von Gelatine in die Blase, weil einer scheinbaren Besserung meist eine verstärkte Blutung folgt. Steht mit allen Mitteln die Blutung nicht, so ist ein Verweilkatheter einzulegen, um die Blasenkontraktionen aufzuheben und die Blase ruhig zu stellen; hiermit gelingt es meist, bei gutartigen Tumoren wohl immer, die Blutung zum Stehen zu bringen.

Was die radikale Therapie anbelangt, so gibt es bei der Entfernung gutartiger Neubildungen der Blase zwei Wege: entweder die Sectio alta oder die endovesikale Entfernung vermittels des Operationscystoskops. Es ist von der Art des Falles abhängig, für welche Methode man sich zu entscheiden hat. Verfasser hat mit dem von ihm angegebenen Operationscystoskop ca. 30 Fälle operiert und zum Teil gute Erfolge damit erzielt, einige Male sind danach aber auch schwere Reizerscheinungen der Blase aufgetreten. Günstig für die endovesikale Methode sind die Fälle, in denen man ordentlich an den Tumor und seinen Stiel herankommt.

Bei den malignen Tumoren kann es sich nur um den hohen Blasenschnitt handeln. Doch sind die Resultate bisher noch keine günstigen. Nur ganz im Anfang und wenn der Tumor an einer für die Operation günstigen Stelle sitzt, oder wenn Zweifal hinsichtlich der Benignität oder Malignität bestehen, ist die Exstirpation am Platze. Im allgemeinen fahren die Kranken besser und leben länger ohne als mit Operation. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Ein Fall von Papillom der Blase, kompliziert mit Pyonephrose, mit Bemerkungen über die chirurgische Behandlung von Papillomen, von Charles Greene Cumston - Boston. (*Amer. Journ. Med. Sciences.* Dez. 1904.) In dem mitgeteilten Fall bestand wahrscheinlich zwischen dem Blasenpapillom und der Pyonephrose insofern eine Beziehung, als die wallnufsgrofse Geschwulst durch ihren Sitz neben der Uretermündung diese verlegte und Harnverhaltung verursachte. Das Papillom wurde durch transversalen suprapubischen Einschnitt in die Blase entfernt; wegen des Eitergehalts des Urins wurde die Wunde drainiert und ein Dauerkatheter eingeführt. Der suprapubische Schnitt ist die beste Methode zur Entfernung von Papillomen und dem perinealen Medianschnitt sowie dem Nitzeschen Verfahren der allmählichen Entfernung auf intravesikalem Wege durch das Cystoskop bei weitem vorzuziehen. Der Stiel der Geschwulst ist mitsamt der benachbarten Schleimhaut stets wegen der Möglichkeit der Malignität mit zu entfernen.

A. Loewald-Kolmar.

Ein Fall von Blasenpapillom mit Prolaps durch die Harnröhre, von Richard Zimmermann. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über ein Sarkom der Harnblase mit seltener Generalisierung und sarkomatösen Magengeschwüren, von M. Löwenheim. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1904.) Die Veröffentlichung des beschriebenen Falles, der einen 52jährigen Arbeiter betraf, rechtfertigt sich nicht nur wegen der Seltenheit der Harnblasengeschwülste überhaupt, sondern auch wegen der eigenartigen Metastasenbildung durch venöse Embolie, welche

zum Auftreten von multiplen Magengeschwüren geführt hatte, die sich makr als kreisrunde, flache, wenig infiltrierte Defekte präsentierten und so den runden Magengeschwüren glichen, in Wirklichkeit aber echte sarkomatöse Ulc darstellten. Diese Kombination des Harnblasensarkoms mit metastatischen geschwüren im Magen macht den Fall nicht nur für den pathologischen A sondern auch für den Kliniker und Praktiker interessant. *Fritz Loeb-Mü*

Die Tumoren der Blase und die Genitaltuberkulose, von Guyon. *d. pratic.* 1904. Nr. 51.) Kurze Mitteilung über einen Fall von Tumor komplizíert durch Infektion der Blasenschleimhaut und durch Tuberkulose stata und der rechten Samenblase. *Götz-Münc*

Beitrag zur Pathologie und Therapie der Cystitis tuberculosa, von Scherb. (Inaug.-Dissert. Basel 1903.) Bericht über die in der chirurgisch klinik von Prof. E. Burckhardt in den Jahren 1882—1902 aufgenommene handelten Fälle von Blasentuberkulose. Verfasser teilt seine Arbeit in fünf A Im ersten wird die Ätiologie im allgemeinen, und zwar getrennt für pri sekundäre Blasentuberkulose besprochen und im Anschluſs daran die Äti eigenen Fälle. Der zweite Abschnitt behandelt in Kürze Pathologie und pat Histologie und hierauf die Pathologie der eigenen Fälle. Im dritten werde matologie, Verlauf, Dauer, Prognose und Vorkommen im allgemeinen und d Fälle besprochen. Ein vierter Abschnitt gilt der Diagnose und dem E Cystoskopie auf die Diagnosestellung. Der fünfte Abschnitt behandelt die ver therapeutischen Methoden und die Resultate der eigenen Fälle.

Es handelte sich um 1484 chirurgische Urogenitalfälle, von denen 196 waren. Von den Harnröhrenfällen waren tuberkulös: 0,25 %; von Blasenerk 127 = 79,4 %; von Nieren- und Ureterenerkrankungen: 29,2 %; von H Peniserkrankungen: 19,4 %; von Prostataerkrankungen: 3,8 %.

Ein seltenes Symptom fand sich in zwei schon weit fortgeschrittenen denen eine manuelle Untersuchung eine sehr stark infiltrierte starre Blas gab, die sich wie ein harter Ballon anfühlte. Nach Einführung des Kath die manuelle Expression der Blase ausgeführt und im Moment, da die ex Gewalt aufhörte, erfolgte unter schlürfendem Geräusch Eindringen von starre Blase. In dem einen dieser Fälle, welcher operativ behandelt wurd Blasenöffnung das Fehlen jeglichen Kollabierens der Blasenwandung.

Bezüglich der Therapie bemerkt Verfasser, daſs die Erfolge der k Lokaltherapie keine ermutigenden sind. Ein Vergleich der Resultate de rativen, lokalen Therapie mit den Resultaten der operativ behandelten weder zugunsten der einen noch der anderen aus. Beide Behandlungsm geben im groſsen und ganzen Resultate, die nicht befriedigen. Die P Blasentuberkulose ist im allgemeinen keine günstige, weder für die primä die sekundäre Form. Heilungen kommen zwar vor, bilden aber die während bei den meisten Fällen nur eine gröſsere oder geringere Bess wird. Unter den 127 Fällen des Verfassers befanden sich nur zwei, we entlassen wurden. Davon war der eine nach zwei Jahren noch gesund. der Krankheit ist groſsen Schwankungen unterworfen und in erster Li von ihrer Form, ob primär oder sekundär. Ein primärer Fall des Verfa 13 Jahre, ein anderer acht. Auch sekundäre Formen können äuſserst l so erstreckte sich die Dauer einer tuberkulösen Pyelocystitis bei einer tuberkulose verstorbenen Frau auf sieben Jahre. Verfasser konstatierte Dauer von fünf bis zehn Jahren. *Fritz Loeb-M*

Steinbildungen in tuberkulösen Blasen, von Rochet und Horand-Lyon. (*Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.* Jan. 1905.) Komplikation von Blasentuberkulose durch Steinbildungen beobachteten die Verfasser in drei Fällen, bei zwei Männern und einer Frau. Die Tuberkulose der Blase war in allen Fällen schon ziemlich weit vorgeschritten. Die klinischen Symptome sind die bei Steinen gewöhnlich vorhandenen; sie sind nicht sehr beweisend, da sie ebensogut auf Rechnung der Cystitis selbst gesetzt werden können. Der Urin ist alkalisch, von ammoniakalischem Geruch und hat einen dicken Bodensatz, in welchem sich käsige Krümel, Gewebsfetzen, Fäden, Gerinnsel, Kristalle von phosphorsaurem Ammoniak-Magnesia, Bakterien, darunter Tuberkelbazillen finden, zuweilen auch kleinste Konkremente und richtige, weifse oder graue Steine von Hirsekorn- bis Erbsengröfse und sehr bröckeliger Beschaffenheit. Der gröfste von den Verfassern entfernte Stein hatte etwa Haselnufsgröfse. Zusammengesetzt erwiesen sich die Steine aus Phosphaten und Tripelphosphaten; es liefs sich leicht feststellen, dafs sie ihre Entstehung der Abscheidung von Salzen um einen Fibrin- und Gewebsfetzen verdankten. In dem einen der Fälle konnte dieser Entstehungsmodus geradezu beobachtet werden. Bei dem betreffenden Patienten war wegen der unerträglichen Schmerzen und der Unmöglichkeit der Einführung eines Katheters die Epicystotomie gemacht worden, die Bauchwunde wurde von der tuberkulösen Ulceration ergriffen, und man konnte schliefslich von aufsen her wie in einen Krater in das Blaseninnere blicken. Bei den Auswaschungen der Blase gingen regelmäfsig mit Kalksalzen imprägnierte Fetzen ab, und an verschiedenen Stellen sah man inkrustierte Fetzen, die sich noch nicht völlig von der Schleimhaut losgelöst hatten. — Tritt also zu einer schweren, destruktiven Tuberkulose der Blase eine Infektion des Urins, so ist durch die Abscheidung von Salzen die Steinbildung ermöglicht. Die Infektion kann, durch Sondierung oder durch Eröffnung der Blase, von aufsen her kommen; aber sie ist auch von innen her möglich, wie der eine Fall der Verfasser beweist, der nie, bevor man Steine nachgewiesen hatte, sondiert worden war. Die Verfasser folgern aus ihren Beobachtungen: 1. dafs man beim Nachweis von Steinen in der Blase auch die Art der Cystitis genauer bestimmen und besonders Tuberkulose ausschliefsen müsse, bevor man die Diagnose Cystitis calculosa stellt; 2. dafs das Vorhandensein von Steinen in der tuberkulösen Blase eine Operation indizieren und dafs die Operation gewisse, nicht direkt von der Tuberkulose abhängige Symptome (heftige Schmerzen, Hämorrhagien) erheblich mildern könne.

A. Loewald-Kolmar.

Ein Beitrag zum Kapitel der Blasensteine, von K. Pingel. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Kasuistische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Blasensteinbildung nach Pfählungsverletzung, von Robert Plattner-Innsbruck. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 47.) Verfasser berichtet über einen jener höchst seltenen Fälle von Pfählungsverletzung mit nachfolgender Blasensteinbildung. Ein 26jähriger Mann war auf einen spitzen Zaunspfahl gestürzt. Ein dabei in die Dammgegend eingedrungenes Holzfragment konnte Patient selbst extrahieren. Urinretention. Am folgenden Tage wurde durch einen Arzt mittels Katheter eine grofse Menge blutigen Urins entleert. Die Wunde heilte rasch zu, die Blasenbeschwerden waren jedoch mehrere Monate lang sehr stark. Durch die cystoskopische und Röntgenuntersuchung wurde ein wallnufsgrofser Blasenstein festgestellt, der durch die Sectio alta entfernt wurde. Den Kern des Steines bildete ein Tuchfetzen, welcher von der Hose des Patienten stammte. Dieser Fremdkörper war bei der Pfählung wahrscheinlich zunächst in die Urethra eingedrungen und von da beim Katheterisieren in die Blase vorgeschoben worden, wo er zum Ausgangspunkt eines Steines wurde. In keinem der vom Verfasser gesammelten Fälle (Stiassny) wurde bei der Verletzung ernstlich auf

einen Fremdkörper gefahndet und ein solcher gefunden. Verfasser empfiel die genaue cystoskopische Untersuchung unmittelbar nach der Verletzung.

Katzenellenbogen-Düsseld

Blasensteine, die aus der Kindheit stammen, von GUYON. (*Journ.* 1904. Nr. 40.) G. weist darauf hin, dafs die Blasensteine, die bei Erwachsenen werden, sehr häufig schon im Kindesalter entstanden sind. Die Blasens Kinder verursachen selten Hämaturien, weil die venösen Geflechte, deren Ko zustände die Hauptursache der Hämaturien bilden, noch wenig entwickelt gegen führen sie viel häufiger als bei Erwachsenen zu Unterbrechungen strahls, weil bei Kindern, bei denen noch kein Blasenfundus vorhanden ist, viel leichter auf die Harnröhrenmündung zu liegen kommt. — Anschliefsen Bemerkungen bespricht G. einen Fall von Blasenstein bei einem 23jährig der seit 16 Jahren Harnbeschwerden hat und seit zwei Jahren an eitrig leidet; in der jüngsten Zeit hat sich dazu noch starke Polyurie und Fie gesellt. Die Polyurie ist aufzufassen als der Ausdruck einer Nierenreizung, die Störung in der Blase unterhalten wird. Wegen der Infektion der Blas haut und des Reizzustandes der Nieren darf die Untersuchung bei dem Kra mittels Metallkatheters vorgenommen werden; denn die Einführung eines har standes in die Blase würde die Infektion verschlimmern und den Reizz Nieren so sehr steigern, dafs unter Umständen Anurie eintreten würde. Nie und Fieber lassen sich in derartigen Fällen prompt und sicher durch Einfüh Verweilkatheters beseitigen; dann erst kann man an die Entfernung des in dem beschriebenen Falle mittels Sectio alta — gehen. *Götz-Mün*

Fremdkörper der Harnblase und ihre Beziehungen zur Ste von HEINRICH WORMINGHAUS. (Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1904.) Verfasser Stoff folgendermafsen eingeteilt: I. Art der Fremdkörper und Wege, auf d die Blase gelangen. 1. Fremdkörper, die ihren Ursprung in den Harnw nehmen. 2. Fremdkörper, die auf dem natürlichen Wege der Urethra in gelangen: a) bei onanistischen Manipulationen, b) bei chirurgisch-ther Mafsnahmen. 3. Fremdkörper, die auf einem abnormen Wege in die Blase a) bei Verletzungen, b) durch pathologische Kommunikation mit einem Nac II. Lage der Fremdkörper in der Blase. III. Ursache und Vorgang der St

Beigefügte Krankengeschichten illustrieren die einzelnen Abschnitte.

Fritz Loeb-Mün

Die Fremdkörper der Blase, von GUYON. (*Journ. d. pratic.* 19 G. rät, bei Fremdkörpern in der Blase aus Schonung für die Patienten herumzufragen, wie und bei welcher Gelegenheit der Gegenstand in die kommen ist, sondern sich mit dem Faktum zu begnügen. Zur Extraktion ausschliefslich den Lithotriptor; gelingt die Entfernung per vias naturale eröffnet er bei Weibern die Blase gerne mittels des subsymphysären Schnitt LEGUEU und CATHELIN empfohlen haben. *Götz-Mün*

Grofser lumbaler Abscefs spondylitischen Ursprungs, in die durchgebrochen und für eine Pyonephrose gehalten; intravesikale des Urins; Cystoskopie; Operation; Heilung, von F. CATHELIN. (*Journ* 1904. Nr. 46.) Bei einer 35jährigen Patientin, bei der sich vor ca. vier Lendenwirbel stark nach aufsen vorgeschoben hatte, trat neben einer z trächtlichen, schmerzhaften Schwellung der linken Weiche starke Pyurie intravesikale Trennung des Urins der beiden Nieren zeigte, dafs der Eiter lich von der linken Seite stammte; der Urin der rechten Niere war normal an, dafs es sich um eine Pyonephrose handele, und entschlofs sich, da de

kranken Seite Harnstoff und Salze in normaler Menge enthielt, das Nierenparenchym also tadellos sezernierte, zur Nephrostomie. Bei der Operation fand sich ein grofser lumbaler Abcefs, die Niere selbst war intakt, hinter der Blase quoll dicker Eiter hervor. Die drei Wochen nach der Operation vorgenommene Cystoskopie liefs auf der linken Seite der Blasenwand eine grofse Öffnung erkennen, durch welche der Eiter in die Blase eintrat; nach ungefähr einem Jahre war diese Öffnung verheilt und der Urin klar und frei von Eiter. *Götz-München.*

Harnphlegmone in der oberen Perineallage, von Stefanescu-Galatz. (*Revista de Chirurgie.* 1904. Nr. 7.) Bei einem Patienten mit Urethralstriktur infolge von chronischer Urethritis entwickelte sich ein jauchiger Periurethralabcefs in der Perinealgegend, welcher zu allgemeiner Sepsis und zum Exitus führte; letzterer erfolgte drei Tage nach der Eröffnung des Abcesses. Der letztere stand in Verbindung mit einer doppelten Perforation der Harnröhre im Gebiete der Striktur. *C. Müller-Genf.*

Über Blasenruptur, von Walter Nobr. (Inaug.-Diss. Leipzig 1906.) Verfasser gibt zum Schlufs seiner in der Hauptsache kasuistischen Arbeit eine gute Übersicht über die Symptome, die zur möglichst frühzeitigen Sicherstellung der Diagnose einer Blasenruptur geeignet erscheinen. 1. Mehr oder weniger blutiger Urin. 2. Mehr oder weniger starker, quälender Harndrang mit Entleerung nur ganz geringer Mengen Bluturins oder begleitet von der Unfähigkeit zu urinieren. 3. Durch Katheterismus mufs festgestellt werden: a) dafs die Urethra intakt ist, das Blut also nicht aus ihr stammt, wobei zu berücksichtigen ist, dafs die Blutung bei Urethralzerreifsung nicht unter dem Einflusse des Sphinkters steht; b) das Quantum in der Blase: dieselbe enthält **wenig** blutigen Urin, da derselbe sich durch den Rifs entleert (Differenz gegenüber Nierenverletzungen, wobei in der Regel wenigstens die nicht verletzte Niere Urin in die Blase liefert). 4. Brettharte Spannung der Bauchmuskulatur kurz nach der Verletzung (Vichard). 5. Tenesmen im After ohne Stuhlentleerung (derselbe). 6. Durch Palpation nachweisbarer fluktuierender Tumor in der Blasengegend. 7. Dämpfung in der Blasengegend. Dieselbe ist nicht immer absolut, vielmehr findet sich bisweilen ein tiefer Schachtelton. *Fritz Loeb-München.*

Über Harnblasendivertikel mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entstehung, von Josef Herbting. (Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1903.) Unter den Veränderungen, welche zu Divertikelbildung führen, sind in erster Linie Stauungen in den Harnabflufswegen zu erwähnen, und unter diesen kommt die Prostatahypertrophie am häufigsten vor; viel seltener sind es Strikturen, Steine oder eine Cystitis. Eine zweite Entstehungsart beruht auf angeborenen partiellen Schwächen einzelner Blasenpartien. Die Divertikelbildung kann hier bei normalem, intravesikalem Druck zustande kommen. Unter diese Art sind auch die Urachusfisteln zu rechnen. Schliefslich sind es fötale Bildungsfehler, welche schon intrauterin zu Divertikelbildung führen. Was die Wirkung von Divertikeln auf die Blase betrifft, so kann eine Hypertrophie der Muskulatur der Blasenwand eintreten oder eine bestehende Hypertrophie verstärkt werden; dies wird stets der Fall sein, wenn gröfsere Partien der Blase mit einem Divertikel zusammenhängen, wodurch bei der Kontraktion ein mechanisches Hindernis gegeben ist. Aufserdem aber auch bei sehr umfänglichen Divertikeln, besonders wenn dieselben durch ihre tiefe Lage eine genügende Harnentleerung verhindern. Ist dagegen ein Divertikel nur unbedeutend mit der Blasenwand verwachsen, nicht zu umfänglich, und kann aus der Kommunikationsöffnung hinreichend Harn überfliefsen, so braucht keine Hypertrophie einzutreten. *Fritz Loeb-München.*

Vernarbungs-Blutgefäfse bei Geschwüren der Harnblase, von Gustav Kolischer-Chicago. (*Med. News.* 12. Nov. 1904.) K. hatte zuerst darauf hingewiesen, dafs bei chronischer Cystitis Geschwüre der Blase relativ häufig sind und dieselben

einen typischen Verlauf haben, die Behandlung derselben ferner vermittels Operation cystoskops in Curettement und Ätzung des Geschwürsgrundes mit Höllenstein (Substanz) oder Galvanokauter bestehe. Der Erfolg dieser Behandlung ist meist e vollständiger, aber in einigen Fällen machte K. die Beobachtung, dafs, obwohl d Geschwüre verschwunden, manche Symptome, wie Urindrang, Reizzustände in d Blasengegend trotz völlig klaren Urins anhielten, und zwar war dies besonders da der Fall, wenn die Ulceration in der Blase traumatischen Ursprungs war (du Katheter, Verbrennung durch die Cystoskoplampe usf.). Wiederholte cystoskopis Untersuchung, welche K. in vier Fällen dieser Art vornahm, lehrte, dafs die Geschw zwar völlig geheilt waren, dafs es aber in deren Umgebung zu üppiger Gefäfswucher gekommen ist und diese die Ursache der noch bestehenden Beschwerden waren ähnlich wie die neuentstandenen Gefäfse bei Hornhautgeschwüren der Heilung hinder sind. K. brachte diese Vernarbungsgefäfse mit dem spitzen Glüheisen des Operati cystoskops zur Obliteration, und nach Ablauf einer Woche, wo die Kruste abgefa war, waren auch obige Symptome völlig verschwunden, und die Patienten bli ganz gesund. *Stern-München.*

Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs; Urotropin und de Ersatzmittel, von C. Posner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr 2.) Bei ganz al Cystitiden hält Posner Mineralwasser für unzweckmäfsig, weil die ihnen alle kommende diuretische Wirkung meist Beschwerden der Patienten steigern, bei akuten wendet er milde Wasser an, reserviert hingegen Wildunger nur für eige chronische Katarrhe, vorausgesetzt, dafs eine etwa vorhandene Alkaleszenz des nicht durch ihren Gebrauch noch gesteigert wird. Von eigentlichen Medikan steht nach wie vor das Urotropin obenan, besonders bei Coli- und Streptok cystitis, während bei akuten blennorrhoischen Urethralcystitiden die Balsami meisten leisten, denen auch bei chronischen Fällen die eklatanteste schmerzlin Wirkung innewohnt. Der Tuberkulose gegenüber erweist sich alles als unwi die sämtlichen Ersatzmittel des Urotropin stehen ihm an Werte nach.

Bernhard Schulze-Ki

Über Cystitis gangraenosa bei der Frau, von Staeckel-Berlin. (*Be Wochenschr.* 1905. Nr. 1.) In der Sitzung vom 17. November 1904 der Ges der Charité-Ärzte demonstriert St. cystoskopisch eine Frau mit Veränderun Blase nach überstandener Gangrän. Noch jetzt liegt bei der Patientin die nahe, dafs sich eine Nephritis entwickelt haben könnte, da im Urin hyaline gefunden sind. Dabei spricht St. über die zwei Formen von Blasengan nachdem die Zerstörung der Blasenwand fleckweise auftritt oder sich flächenl breitet. Das Typische ist in beiden Fällen, dafs die Entzündung nicht auf der Schleimhaut sich abspielt, sondern dafs die Entzündungserreger in die Bla hinein eindringen; entweder kommt es dann zu einer Zerstörung kleiner umsch Partien der Blase, die sich in Form gangränöser Fetzen abstofsen, oder die dringt bis in die Mitte der Muskulatur ein und schreitet dissezierend inne Muskulatur weiter, bis schliefslich ein ganzer Sack von der Blaseninnenw geschält und gleichsam wie ein Ausguls der Blase unter wehenartigen S durch die Urethra herausgedrückt wird. *Bernhard Schulze-I*

Über einen Fall von spontaner akuter Gangrän der Haut des P des Scrotums, von Joseph Bayer. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Der F einen 25jährigen Mann und charakterisiert sich als „Gangrène foudroyante (Fournier). Die Therapie bestand in erfolgreicher plastischer Deckung verlustes. *Fritz Loeb-Mün*

Einige Fälle von Harnröhrenstriktur mit der Komplikation eines falschen Weges durch die Prostata; Bemerkungen dazu, von R. Harrison-London. (*Lancet.* 18. Febr. 1905.) Ein 40jähriger Matrose auf einem Segelschiff, der sich längere Zeit schon katheterisiert hatte, liefs sich mangels eines geeigneteren Instrumentes einen sehr grofsen silbernen Katheter vom Kapitän einführen. Dies wurde trotz Schmerzen und Blutung mehrmals wiederholt. Bei der Aufnahme drei Monate später bestand ein vorgeschrittenes Nierenleiden, an welchem Patient bald nachher starb. Die Autopsie bestätigte die Diagnose eines falschen Weges, der 1½ Zoll durch die nicht vergrößerte Prostata führte.

Aus der Praxis eines Kollegen stammen die beiden folgenden Fälle, von denen der eine während der letzten Jahre seines Lebens einen Dauerkatheter trug, während der andere nach mechanischer Dilatation der Striktur schliefslich wieder normal urinierte. Bei einem anderen Patienten mit ausgedehnter Narbenbildung an der Urethra gelang es schliefslich nach Einführung einer dünnsten Sonde, die Striktur so weit zu dehnen, dafs ein Maissonneuvesches Urethrotom eingeführt werden konnte; nach Durchtrennung der Striktur wurde eine Steinsonde eingeführt und die Sectio perinealis gemacht. Das Resultat war sehr befriedigend.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Primäres Sarkom der Blase, von J. A. Wilder-Denver. (*Amer. Journ. of Med. Scienc.* Jan. 1905.) Primäre Blasensarkome sind verhältnismäfsig nicht häufig. Verfasser berichtet über drei eigene Beobachtungen. Der erste Fall betraf einen 48jährigen Mann, der seit fünf Jahren an Blasenbeschwerden litt und vor einem Jahre den ersten Anfall von Hämaturie bekam. Seither häufiger Anfälle, Schmerzen beim Urinieren und Harndrang; der Urin ist eitrig, übelriechend. Bei der Untersuchung findet sich eine Striktur der hinteren Harnröhre. Nach Eröffnung der Blase vom Perineum her wird links neben dem Blasenhals ein weicher Tumor festgestellt, dessen Entfernung nicht ratsam erschien. Tod nach sechs Wochen. Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein Rundzellensarkom. — Der zweite Patient war 53 Jahre alt, hatte seit einer Blennorrhoe vor 17 Jahren häufig mit Urinbeschwerden zu tun und seit vier Jahren wiederholt Anfälle von Hämaturie; in letzter Zeit heftige Schmerzen beim Urinieren und quälender Harndrang. Durch die cystoskopische Untersuchung wird in der Gegend der linken Uretermündung eine blumenkohlförmige Geschwulst nachgewiesen, die sich mikroskopisch als Fibrosarkom erweist. Entfernung der Geschwulst durch suprapubischen Blasenschnitt; Tod sieben Wochen nach der Operation. — Im dritten Falle (62jähriger Mann) hatten die Krankheitserscheinungen erst vor einem halben Jahre mit einem Anfall von Hämaturie begonnen, dem bald weitere Anfälle und Schmerzen und Harndrang folgten. Bei der Epicystotomie wird ein die linke Blasenhälfte einnehmender Tumor gefunden, der von der linken Seitenwand ausging. Von der Entfernung der Geschwulst wurde Abstand genommen; es handelte sich um ein gemischtzelliges Sarkom.

Aus diesen eigenen Beobachtungen und den in der Literatur mitgeteilten Fällen zieht Verfasser folgende Schlüsse:

1. Das Sarkom der Blase ist am häufigsten im reiferen Lebensalter und in der Kindheit, kann aber in jedem Alter vorkommen.

2. Bei Männern ist es häufiger als bei Frauen.

3. Das Hauptsymptom ist Hämaturie; sie kann aber nicht als Frühsymptom angesehen werden, da ihr Erscheinen in der Mehrzahl der Fälle mit dem Beginn der Ulceration an dem Tumor zusammenfällt.

4. Weitere regelmäfsige Symptome sind Cystitis und Blasenreizung, häufiges und erschwertes Urinieren, Retention, Eiter im Urin.

5. Kachexie findet sich nur in vorgeschrittenen Fällen.

6. Steine können vorhanden sein oder fehlen.

7. Bei Frauen kann die Geschwulst die Harnröhre ergreifen und im Scheide eingang sichtbar werden.

8. Bei Kindern endet die Krankheit rascher tödlich als bei Erwachsenen.

9. In den frühzeitig diagnostizierten Fällen war stets nur ein kleiner, lokalisie Tumor vorhanden.

10. Die Geschwulst kann von jeder Stelle der Submucosa ausgehen; der häufi Sitz ist an der Basis, in der Nähe der Ureterenmündungen.

11. Gewöhnlich sitzt die Geschwulst breitbasig auf, ist weich und bröcklig, n oder weniger gelappt, vielfach von zottigem oder blumenkohlförmigem Aus Multiple Geschwülste finden sich nur in späteren Stadien.

12. Metastasen sind, abgesehen von sehr vorgeschrittenen Fällen, selten.

13. Zur Beobachtung kamen Rundzellen-, Spindelzellen-, gemischtzellige, Ri zellensarkome, Fibrosarkome, Myosarkome, Myxosarkome und Chondrosarkome.

14. Unsere einzige Hoffnung der Heilung eines Blasensarkoms liegt zurz der frühzeitigen Entdeckung der Geschwulst durch das Cystoskop oder eine E inzision, und in möglichst zeitiger vollständiger Entfernung. *A. Loewald-Kol*

Über einen Fall von traumatischer, intraperitonealer Blasenruptu Heilung, von Rudolf Pürckhauer. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) Der beschr Fall, der einen 32jährigen Arbeiter betraf, weicht insofern von der typischen peritonealen Ruptur ab, als hierbei eine sehr seltene Erscheinung beobachtet Patient wurde abends 8 Uhr von einem Lastwagen überfahren und ca. 8½ die Klinik gebracht. Trotzdem nun bereits eine halbe Stunde seit dem Unf flossen war, zeigten sich bei dem Patienten immer noch keine Erscheinung Blasenruptur, abgesehen von dem sofort stattgehabten Ohnmachtsanfall. fühlte sich relativ wohl und ging ohne sonderliche Beschwerden nach 15 Minuten entfernten Wohnung. Hier erst traten die typischen Sympto Verfasser glaubt dieses Verhalten darauf zurückführen zu sollen, daſs die Rup nicht sofort auf die ganze Dicke der Blasenmuskulatur erstreckt hat, sond später, vielleicht durch das mechanische Moment des Gehens, vollständig gewo

Fritz Loeb-Münch

Fall von groſsem Blasenstein, welcher sich um einen Fremdkö bildet hatte, von Tina M. Blaikie-Swatau. (*Brit. Med. Journ.* 18. Febr. 19 Calculus hatte sich bei der Patientin, einer Chinesin, um ein Stückchen bildet, welches 28 Monate zuvor in der miſslungenen Absicht, einen Abo wirken, ihr eingeführt worden war. Der Krankheitsverlauf war ein sehr gef bietet aber nichts eigentlich Neues. *Philippi-Bad Salzsch*

Groſser Blasenstein, von W. K. Hatch-Norwich. (*Brit. Med. Journ.* 1905.) Verfasser hat in Bombay durch hohen Blasenschnitt einen Stein von (482 g) in toto extrahiert, was den bisherigen Rekord schlägt.

Philippi-Bad Salzsch

Fremdkörper (Haarnadel) in der Blase einer geistesschwache tischen infolge von Masturbation, von Stakemann-Rotenburg i. H. (*Medizinalb.* 1905. Nr. 4.) Die geistesschwache 16jährige Kranke hatt masturbatorischen Zwecken eine Haarnadel in die Blase praktiziert. Nac rung der Harnröhre mit Hegarschen Stiften bis zur Kleinfingerdicke in C narkose gelang es durch kombinierten Druck von der Scheide und der Bl Nadel so zu wenden, daſs das gebogene Ende erfaſst und ohne Verl Blasenschleimhaut die Nadel herausgezogen werden konnte. Die Haarnad

fallend grofs: 11 cm lang, Entfernung der Schenkel von einander 9 mm, Dicke der Schenkel 2 mm. Sie war von schmutzigbraunen, übelriechenden und fettigen Häuten vollkommen eingehüllt. Der Urin war stark getrübt und roch scharf nach Ammoniak. Die Cystitis heilte unter entsprechender Behandlung verhältnismäfsig rasch aus. Lähmungserscheinungen seitens der Blase wurden nicht beobachtet.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Gibt es eine wirkliche Spermatorrhoe? Was sind das für Kranke, die an sogenannter Spermatorrhoe leiden? Von Rochet. (*Lyon méd.* 1905. Nr. 10.) Eine Spermatorrhoe im eigentlichen Sinne des Wortes, d. h. eine Incontinentia seminis, ein von der Ejakulation unabhängiges Ausfliefsen des Spermas gibt es nach R. überhaupt nicht. Bei den Patienten, die an krankhaften Samenverlusten zu leiden vorgeben, handelt es sich entweder um Kranke mit Prostatorrhoe oder mit blennorrhoischem oder katarrhalischem Ausflufs aus der Harnröhre oder um eingebildete Kranke, die ihre physiologischen Pollutionen für pathologisch ansehen, oder endlich um Patienten, bei denen die Pollutionen zufolge ihrer Zahl und der Art ihres Auftretens als krankhafte zu bezeichnen sind. Bei ihnen genügt oft schon der geringste zentrale oder periphere Reiz, um bei Tag wie bei Nacht eine Ejakulation hervorzurufen, die häufig ohne jedes Gefühl vor sich geht. Daneben bestehen in vielen Fällen schwere allgemeine Störungen und Impotenz. Aber diese Erscheinungen bilden nicht die Symptome einer einheitlichen Krankheit, sie kommen vielmehr bei ganz verschiedenen Affektionen, bei Veränderungen der Prostata und der Samenblasen, bei Gehirn- und Rückenmarkkrankheiten, bei Hysterie und Neurasthenie vor.

Göta-München.

Über eine eigentümliche Anomalie von Hodenlokalisation, von Cohn (*Revista de Chirurgie.* 1904. Nr. 2.) Äufserlich konstatierte man bei dem Patienten einen fluktuierenden Tumor in der linken Scrotalhälfte und in Verbindung mit demselben den entsprechenden Hoden und Nebenhoden. Bei der Operation zeigte es sich, dafs der Tumor aus einem serösen Sacke mit klarer Flüssigkeit bestand, der aber weder Hoden noch Nebenhoden enthielt; letztere beiden Organe lagen frei vollständig aufserhalb der Vaginalhöhle und zeigten normale Beschaffenheit; es hatte sich um dieselben herum eine Art seröser Höhle gebildet. Nach Reduktion der Organe in die Vaginalhöhle wurde die Operationswunde vernäht. Heilung per primam.

C. Müller-Genf.

Die Torsion des Samenstranges, von Wilhelm Abel. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1904.) Verfasser schickt der Beschreibung eines im Garnisonlazarett I in Strafsburg beobachteten Falles eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten einschlägigen Fälle (28) voraus, bespricht dann die anatomischen Vorbedingungen (mangelhafte Fixation des Hodens und weiter Processus vaginalis), die Art der Torsion, Beschaffenheit des Samenstranges, Grad der Torsion, deren Richtung, über geringfügige Torsionen, Rezidive, Komplikationen, Ätiologie, Vorgänge am Samenstrang (Trauma, Rumpfbewegungen, Bauchpresse), pathologische Anatomie, Symptome, Diagnose und Therapie der Samenstrangtorsion. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Torsion des Samenstranges, von E. Grunert-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) Bericht über einen Fall von Samenstrangtorsion, der als eingeklemmte Leistenhernie angesehen und operiert wurde. Dabei zeigte sich, dafs das Vas deferens und Arteria und Vena spermatica als zwei isolierte Stränge nebeneinander verliefen, eine Abnormität, die als ein prädisponierendes Moment für die Torsion bezeichnet werden mufs; denn zwei dünne Fäden werden

sich leichter um ihre Längsachse drehen als ein Faden vom Umfang der beiden dünnen Fäden. — Eine abnorm grofse Beweglichkeit des Hodens, die Vorbedingung für das Zustandekommen einer Torsion des Samenstranges ist, kann nach Ansicht G. auch dadurch verursacht sein, dafs das Gubernaculum Kunteri ausnahmsweise mit dem Fötus wächst und infolgedessen keinen Zug auf den Hoden ausüben kann.

Göts-München.

Über unvollständige Torsionen des Samenstranges mit spontanem Rückgang, von Heinrich Mohr-Bielefeld. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 43. M. glaubt, dafs unvollständige, spontan zurückgehende Torsionen des Samenstrang mit völliger Restitution des Hodens gar nicht selten vorkommen; insbesondere scheine dem Eintritt irreponibler Torsionen in mindestens 1/4 bis 1/3 der Fälle wiederholt Anfälle von unvollständigen Drehungen mit spontaner Detorsion vorauszugehen Veranlafst werden diese durch die nämlichen anatomischen Verhältnisse wie die voll ständigen Torsionen, auch die Symptome sind bei beiden die gleichen, nur bilde sich bei den unvollständigen die Erscheinungen rasch wieder zurück; die Detorsio kann manchmal durch äufsere Handgriffe erleichtert werden. Bei allen akute Orchitiden und Periorchitiden unklaren Ursprungs mufs man an eine unvollständig Torsion des Samenstrangs denken, auch einzelne Fälle scheinbarer Hernieneinklemmun gehören hierher; ferner kommen bei Hodenektopien schmerzhafte Krisen mit Ar schwellung des Hodens und akutem Erguſs in den offen gebliebenen Processu vaginalis vor, bei denen es sich nicht um Einklemmung des Hodens, sondern höchs wahrscheinlich um eine zeitweise Drehung oder Knickung des Samenstrangs handel Im übrigen läfst sich die Diagnose, da die Affektion nicht oder doch erst bei wiederholten Auftreten von Rezidiven und auch dann gewöhnlich erst nach erfolgte Detorsion zur Operation kommt, nur per exclusionem als Wahrscheinlichkeitsdiagnos stellen. Die Prognose der unvollständigen Torsion ist, wenn der Anfall rasch vo übergeht und wirkliche Detorsion eintritt, gut; die Vitalität des Hodens wird i solchen Fällen nicht oder nur vorübergehend gestört. Doch bleibt stets zu befürchte dafs es zu neuen Anfällen oder auch zu irreponibler Drehung des Samenstrangs m Atrophie des Hodens kommt. Deshalb ist in rezidivierenden Fällen die operativ Freilegung und Orchidopexie indiziert. *Göts-München.*

Torsion des Samenstrangs, von Hugo Klingen-Aufsig a. E. (*Münch. me Wochenschr.* 1905. Nr. 8.) Beschreibung eines Falles von Torsion des Samenstran mit hämorrhagischer Nekrose des Hodens. Kl. glaubt, dafs die häufigste Gelege heitsursache für das Zustandekommen der Drehung in der Bauchpresse gelegen is die einseitige Fixierung, von der eine Drehung ausgehen mufs, kann durch d Bauchpresse bewerkstelligt werden, indem durch den gesteigerten abdominellen Druc und die stramme Zusammenziehung der Bauchmuskeln der Leistenkanal stark veren wird und der Samenstrang seine Beweglichkeit verliert. Auch in dem hier beschri benen Falle scheint die Bauchpresse eine ursächliche Rolle gespielt zu haben.

Göts-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 2. 15. Juli 1905.

Aus der dermatologischen Abteilung des K. Ottomanischen Marine-Hospitals.

Histologische Untersuchung eines Falles von Naevus linearis verrucosus unilateralis.

(Naevus nervosus s. Naevus systematisatus).

Von

Dr. Menahem Hodara-Konstantinopel.

Mit einer Tafel und zwei Abbildungen im Text.

Der Naevus linearis verrucosus unilateralis, der hier beschrieben werden soll, wurde bei einem jungen Mädchen von 18 Jahren beobachtet. Sie und ihre Mutter sagen übereinstimmend aus, dafs der Naevus mit 12 Jahren zuerst auftrat und seitdem unverändert geblieben ist.

Nur die rechte Brusthälfte und der rechte Oberarm sind befallen, im übrigen ist die Haut vollkommen normal. Oberhalb der rechten Brust sitzen, in einer Ausdehnung von ungefähr Handbreitgröfse, zahlreiche kleine flache, weiche, gelblichbraun bis schmutzigbraun gefärbte Warzen. Sie ragen kaum über die Haut hervor, sind teilweise zu kleinen Linien oder Häufchen gruppiert, stehen aber teilweise auch einzeln, durch gesunde Hautfläche voneinander getrennt. Ein weiterer, dichtgedrängter, linearer Haufen von Warzen steht oberhalb der plica anterior der rechten Achselhöhle; doch ragen diese Warzen 3—4 mm über die Haut hervor, sind papillomatös, teilweise mit harten, trockenen, verhornten Massen bedeckt und dunkler gefärbt. Auf der Hinterfläche der rechten Thoraxhälfte verlaufen zwei schräge Linien kleiner, gelbbrauner, kaum hervorragender Wärzchen. Die untere, längere Linie verläuft etwas unterhalb der spina scapulae vom inneren Rande des Schulterblatts bis zur oberen, äufseren Armfläche, während die obere, kürzere Linie sich oberhalb der spina ungefähr in derselben Richtung hinzieht. Am Arm hören beide Linien auf; an seiner Vorderfläche sind sie nur noch andeutungsweise vorhanden; die einzelnen hier stehenden Wärzchen haben gelbe Färbung und überragen die Hautfläche nur ganz unbedeutend. Unmittelbar über der

Ellenbogenbeuge ist noch eine kleine 2 cm lange Warzenlinie zu zeichnen. In der Ellenbogenbeuge sitzt wiederum eine dicke Linie pap matöser Warzen von dunkelbrauner Färbung, die die Hautfläche 3—4 mm überragen und teilweise mit harten, verhornten Massen, wie in der Achselfalte, bedeckt sind. Auf der Vorderfläche des Unter endlich finden sich einzelne Züge, auch 2—3 cm grofse Gruppen flac weicher, gelblichbrauner Warzen. Vor dem Handgelenk macht die I bildung Halt.

Abgesehen von diesem Leiden ist das junge Mädchen ganz ges

Der Naevus wurde mit einer allmählich immer stärkeren Lösung Kalium causticum (bis zu einer 20%igen Lösung) behandelt; die Geschw

Fig. 1.

Fig. 2.

und Krusten, die bei diesem Ätzverfahren entstanden, beseitigte ich m Diachylonsalbe.

Anlangend die Ätiologie des Naevus linearis, so sind bekanntli zwei Theorien aufgestellt. Die eine rührt von v. Bärensprung u Hutchinson her, die annehmen, dafs während des intra-uterinen Lebe ein oder mehrere Spinalganglien erkrankt sind; dadurch komme es, ähnli wie beim Herpes zoster, zu trophischen Störungen in der Haut. Th. Simo Eulenburg, v. Recklinghausen, Campana, Spietschke u. a. denk mehr an trophische Störungen des Nervensystems. Gerhardt hat mehreren Fällen von Naevus linearis geistige Schwäche beobachtet. Na der zweiten Theorie, der sich heute die meisten Forscher zuneig

(Kaposi, Neisser, Jadassohn, Blaschko, Pecirka, Brissaud, Sachs usw.), ist der Naevus linearis eine Folge von Entwicklungsstörungen, die im Embryonalleben auftreten, mit dem Nervensystem aber nichts zu tun haben. Solche Entwicklungsstörungen können auch noch nach der Geburt, bis ins Pubertätsalter hinein, sich geltend machen. Nach Philippson entspricht in einer gröfseren Zahl von Naevusfällen der Verlauf der Linien den Voigtschen Demarkationslinien, die die einzelnen Nervengebiete der Haut abgrenzen. Hallopeau nimmt an, dafs in diesen Fällen vielleicht trophoneurotische Nerven, die zu den anastomosierenden Zweigen gehören, in Wirksamkeit treten. Jadassohn bestätigt die Philippsonsche Beobachtung, weist aber auch darauf hin, dafs in vielen andern Fällen von Naevus linearis die Linien sich nach der Aufstellung der Haare zu richten scheinen. Doch haben noch in keinem Fall von Naevus linearis die Linien sich ausschliefslich nach einem der bekannten Liniensysteme gerichtet. Dieser letzteren Ansicht Jadassohns pflichtet auch Strasser auf Grund eines jüngst beobachteten Falles bei. In seinem Falle verliefen die Linien teils in der Richtung der Nerven, teils in derjenigen der Voigtschen Demarkationslinien, teils in der der Haaraufstellung usw. Nach Blaschko entstehen die Naevi lineares während des intra-uterinen Lebens infolge von Entwicklungsstörungen, die sich zwischen den verschiedenen metamerischen Hautabschnitten abspielen (Dermatomeren), und die von dem Naevus besetzten Linien entsprechen den Linien der Epithelleisten (bourgeons épithéliaux) und den Papillen. Diese metamerische Anordnung wird auch von Pecirka und Brissaud anerkannt. Auch Hallopeau und Veiel haben Fälle von Naevus linearis beobachtet, die sich an metamerischen Stellen entwickelten. Meissner vereinigt die Nerven- mit der Gefäfstheorie. Als Entstehungsursache des Naevus nimmt er Veränderungen der peripheren Gefäfse an, Veränderungen, die durch eine angeborene oder erworbene Störung im vasomotorischen Zentrum bedingt seien. Kopp und Manchot bringen den Naevus ebenfalls zu Gefäfserkrankungen in Beziehung und meinen, dafs die Naevuslinien dem Verlauf der Gefäfse folgen. Heller wiederum sieht im Naevus den Ausdruck einer Lymphgefäfserkrankung und läfst seine Linien die Richtung der Lymphbahnen innehalten.

In meinem Fall nun fällt höchstens die Linie in der Ellenbogenbeuge ein klein wenig mit der Voigtschen Demarkationslinie zusammen, im übrigen aber vermochte ich keine Übereinstimmung mit irgendeinem der bekannten Liniensysteme zu entdecken.

Alle Forscher sind darin einig, dafs die histologischen Veränderungen beim Naevus linearis sehr verschiedenartig sind. Petersen und Elliot haben, jeder für sich, gefunden, dafs die Wärzchen im wesentlichen aus grofsen Mengen von Schweifsdrüsen bestanden. Hallopeau hat einen Naevus linearis pilo-follicularis des Arms beschrieben, bei dem es sich um

kleine blafsrote Papeln handelte; auf diesen Papeln safsen kleine Hornkegel, aus deren Spitze Flaumhärchen oder Talgkonkremente hervorkamen; die Hyperkeratose schien in diesem Fall hauptsächlich auf die Follikelöffnungen beschränkt. UNNA hat in einem Fall von Naevus linearis ganz dieselben Veränderungen wie beim Naevus durus gefunden: Akanthose und Hyperkeratose ohne entzündliche Erscheinungen abseiten der Cutis; in einem zweiten Fall dagegen beobachtete er entzündliche Veränderungen, die ganz denen beim Ekzema seborrhoicum glichen: Proliferation der Bindegewebszellen, des papillären und subpapillären Gewebes, Akanthose, Status spongiosus, intercellulare Vesikeln, Parakeratose. Der einzige Unterschied bestand in dem Fehlen der Mikroorganismen des Ekzems und in dem grundverschiedenen klinischen Verhalten. UNNA meint nun, entweder handle es sich bei diesem wechselnden histologischen Befund des Naevus linearis um Erkrankungen des nämlichen anatomischen Gebiets (affections d'une topographie analogue), die aber untereinander ganz verschieden sind, und unter denen man die wirklichen Fälle von Naevus linearis herausondern müsse; oder wir haben es nur mit einer einzigen Krankheitsform zu tun, die anfangs entzündlicher Natur ist, sich später aber in einen Naevus siccus keratoides umwandelt; in diesem Falle gehöre das Leiden überhaupt nicht zu den Naevi und müfste anders benannt werden.

KAPOSI, PHILIPPSON, BLASCHKO, BÖGEL, BREDA, ALBERS-SCHÖNBERG, GERHARDT, GALLIARD, HAGEN, BRAULT haben in den von ihnen untersuchten Fällen von Naevus linearis fast übereinstimmend ichthyotische Veränderungen an der Epidermis und Infiltration sowie Telangiektasien in der Cutis gefunden. BLASCHKO beschreibt eine starke Akanthose und Hyperkeratose, Verlängerung der Papillen und in der perivaskulären Zellinfiltration runde Zellen; BLASCHKO hält das für einen sekundären entzündlichen Prozefs, er könne aber auch primärer Natur sein. Auch BREDA, der zwei Fälle untersucht hat, hält die Zellinfiltration innerhalb der Cutis für ein Entzündungssymptom. JADASSOHN hat in seinen beiden Fällen von Naevus linearis in der Cutis die Hauptveränderungen angetroffen. Bei seinem ersten Fall hat er drei Biopsien vorgenommen. Das erste Präparat zeigte einen flachen Tumor der Cutis, der fast nur aus Reihen und Gruppen von Zellen mit grofsen, hellen, blassen Kernen bestand; die Zellen waren zu Alveolen gruppiert, wie es nach v. RECKLINGHAUSEN für den Naevus mollis charakteristisch ist, den der genannte Autor zu den Lymphangiofibromen zählt. Irgendeine Beziehung dieser Zellmasse in der Cutis zur Epidermis, wie sie von UNNA für den Naevus mollis behauptet wird, konnte JADASSOHN in seinem Fall nicht nachweisen. — Im zweiten Präparat enthielt der Cutistumor hauptsächlich Läppchen (bis zu 21) der Talgdrüsen von normalem Bau und Aussehen. Die Epidermis war in beiden Fällen fast ganz unverändert, nur hin und wieder

waren die Epithelleisten gegen die Cutis hin etwas verlängert. Rings um die Cutisgefäße bestand eine verschiedengradige Infiltration von runden und Spindelzellen; an der basalen Stachelschicht lag stellenweise Pigment angehäuft, und im papillaren Gewebe fanden sich ab und zu Pigmentzellen und einzelne Mastzellen. — Im dritten Präparat von JADASSOHN endlich waren die Veränderungen wesentlich ichthyosiformer Natur. Die Epidermis war mit zahlreichen Einsenkungen versehen, die Hornschicht zwar normal, aber sehr verdickt; die unteren Teile der Epidermis sehr unregelmäßig, die Leisten sind proliferiert und laufen regellos in gerader und schräger Richtung zur Cutis. Unterhalb der Epidermis stößt man auf Horncysten, die mit Hornmassen gefüllt sind, in der Cutis auf starke Infiltrationen runder und Spindelzellen. — Auch in seinem zweiten Fall von Naevus linearis konnte JADASSOHN stellenweise in der Epidermis ichthyosiforme Veränderungen beobachten: beträchtliche Hyperkeratose, papilläre Hypertrophie des Epithels; in der Cutis mehr oder minder tiefe Infiltration von kleinen runden Zellen mit stark gefärbtem Kern. In der Cutis fanden sich große Haufen von Talgdrüsenmassen, die nach Aussehen und Bau normal erschienen. Daraus schließt JADASSOHN, daß es auch lineäre Naevi gibt, die zum größten Teil aus Talgdrüsen bestehen; da diese Talgdrüsen sich nur durch abnorme Zahl und Größe sowie durch den abnormen Ort, an dem sie sich befinden, auszeichnen, im übrigen aber völlig normalen Bau aufweisen, so hält er sich nicht für berechtigt, sie als Adenome anzusprechen. Er nennt solche, zum größten Teil aus Talgdrüsenmasse zusammengesetzten Naevi lineares „Organ-Naevi“ und rechnet zu dieser Gruppe auch den Naevus vascularis, den Naevus pilaris und den Schweißdrüsen-Naevus. Die anderen Naevi lineares, die aus einfacheren Hautelementen bestehen, nennt er: Gewebs-Naevi. JADASSOHN nimmt an, daß die in Hautfalten, z. B. in der Achselhöhle sitzenden Naevi lineares durch Reibung und Mazeration sekundär entzündet sind. Doch treten die entzündlichen Erscheinungen bisweilen auch ohne jede nachweisbare äußere Ursache auf, was JADASSOHN daraus erklärt, daß sich die Naevi immer in einem latenten Entzündungszustand befinden — das werde ja durch die stets vorhandene Rundzelleninfiltration bewiesen — und daß der geringste Reiz hinreiche, um die Entzündung sichtbar zu machen. Durch den histologischen Befund bei seinen beiden Fällen hält JADASSOHN es für erwiesen, daß dem Naevus linearis, der klinisch fast immer unter dem nämlichen Bild auftritt, die verschiedenartigsten histologischen Veränderungen zugrunde liegen können. Hat er doch bei drei verschiedenen Präparaten desselben Falles unter dem Mikroskop das eine Mal das Bild eines typischen Naevus mollis, das andere Mal das eines Talgdrüsen-Naevus und beim dritten Präparat das eines Naevus ichthyosiformis angetroffen.

Meissner fand in seinem Fall von Naevus linearis verrucosus unilateralis Proliferation und Hypertrophie des Papillarkörpers neben beträchtlicher Zellinfiltration, geringe Verdickung der Stachelschicht ohne nennenswerte Hyperkeratose, dagegen bedeutende perivaskuläre Zellinfiltration, die erweiterten Lymphspalten waren mit zelligen Elementen angefüllt, das Bindegewebe der Pars reticulata war unverändert, kurz, man hatte ganz das Bild eines von den Gefäfsen ausgehenden Entzündungs- und Proliferationsprozesses vor sich. Die Nerven und Nervenendigungen in der Haut waren nicht verändert. Meissner nimmt an, dafs der ganze Prozefs mit Erweiterung der Gefäfse und der Lymphspalten beginnt; es erfolgt Anhäufung des Nährmaterials, wodurch es zur Proliferation der Bindegewebszellen des Papillarkörpers kommt; daraus entwickelt sich weiter eine Hypertrophie der Papillen, Hyperplasie der Stachelschicht und Hyperkeratose, d. h. es bilden sich Warzen, in derselben Weise, wie sie sich beim Lymphangioma cutaneum und beim Angiokeratom bilden. Auch die Pigmentanhäufung, die bisweilen in der basalen Stachelschicht vorkommt, ist nach Meissner eine Folge der Hyperämie, entsprechend dem Vorgang beim Fibrom, bei der Elephantiasis genitalis, den Pigmentnarben und den Warzen.

In letzter Zeit hat dann noch Sachs seinen Befund in einem Falle von Naevus linearis veröffentlicht. In der Epidermis Akanthose und Hyperkeratose, im Papillargewebe kleine Infiltrationsherde von Mono- und Polynukleären. Sachs rechnet seinen Fall zur Gruppe des Naevus durus.

Mikroskopische Untersuchung meines Falles von Naevus linearis.

Zum Zweck der histologischen Untersuchung habe ich aus der Haut meiner Patientin zwei kleine Knötchen ausgeschnitten.

Der eine Tumor stammte aus dem Arm und hatte die Form einer kleinen, etwas abgeflachten gelblichbraun (wie Milchkaffee) gefärbten Papel, die nicht einmal 1 mm über die Haut hervorragte und eine noch ganz glatte Oberfläche besafs. An der Peripherie dieser kleinen Papel, wo mit bloßem Auge nur etwas Hyperpigmentation bemerkbar war, gewahrte man unter dem Mikroskop eine Anhäufung von gelbem Pigment in den basalen Reihen der Epidermis; einige Pigmenthäufchen sind auch über das Papillargewebe und die Cutis zerstreut. Gefäfs- und Kapillarwände sind infolge perithelialer Zellproliferation mäfsig verdickt, auch in den oberen und mittleren Lagen der Cutis besteht eine geringe Proliferation der Bindegewebszellen.

Auf der das Knötchen bedeckenden Epidermis gewahrt man zahlreiche kleine Erhöhungen und Einsenkungen; auf ersteren ist die Hornschicht wenig oder gar nicht hyperkeratotisch, in den letzteren dafür um so mehr; hier häuft sie sich zu vielen kleinen, normal keratinisierten Horn-

lamellen an, die in Form konzentrisch geschichteter Blöcke die Einsenkungen wie kleine Pfropfen ausfüllen. Die Körnerschicht ist etwas hypertrophisch, und zwar ist die Zahl der Zellen vermehrt und ihr Umfang vergrößert. Die Stachelschicht ist leicht ödematös, es besteht intra- und intercelluläres geringgradiges Ödem, daneben Zellproliferation (Akanthose), auch enthalten Stachelschicht und Epithelleisten viel mehr Stachelzellen als im Normalen, endlich gewahrt man in den mittleren und unteren Reihen viele Mitosen. Diese Zellwucherung der Stachelschicht und der Epithelleisten ist an einzelnen Stellen stärker ausgesprochen, so daß die Leisten stärker proliferiert und gegen die Cutis hin verlängert sind; ihre Richtung ist eine sehr verschiedene und bei einigen sind die Enden untereinander verfilzt; doch kommen auch Stellen vor, wo Stachelschicht und Leisten gar nicht proliferiert sind. An den mittleren und unteren Reihen hat sich viel Pigment angehäuft; in einzelnen Zellgruppen ist es besonders massig vorhanden, während das Protoplasma dieser Zellen fast farblos und verfallen ist und im Begriff steht, sich aus dem Zusammenhang zu lösen.

In der Cutis und den Papillen sind sämtliche Gefäße, Kapillaren und Lymphspalten etwas erweitert; die Gefäßwände sind verdickt und infiltriert; die Lagen der perithelialen Zellen sind vermehrt und proliferiert, die flachen Kerne liegen in parallelen Reihen. Stellenweise besteht auch in der Gefäßwand Infiltration kleiner Zellen mit kleinem Kern, der dunkel gefärbt und reich an Chromatin ist; diese Zellen sind teils rundlich, teils mehr flach oder ganz unregelmäßig geformt. Außerdem aber kommen in diesen perivaskulären Infiltrationsherden noch andere Zellen mit mittelgroßem oder großem Kern vor. Die Kerne sind rund oder unregelmäßig geformt, weniger reich an Chromatin, und es sind sämtliche Übergänge von den kleinen stark gefärbten, zu den ganz großen, schwächer gefärbten Kernen vorhanden. Diese Infiltration der Gefäßwände tritt in den oberen Schichten der Cutis, an den subpapillaren Gefäßen stärker hervor als an ihren tiefen Teilen. Man trifft auch in den Infiltrationsherden auf einzelne amitotische Zellteilungsfiguren. Daneben besteht auch, besonders im papillaren und subpapillaren Gewebe, Proliferation der Bindegewebeszellen, die aber im Bindegewebe der unteren Cutislagen nur angedeutet ist. Bei sehr vielen dieser proliferierten Bindegewebszellen des papillaren und des subpapillaren Gewebes sind Protoplasma und Kern hypertrophiert und nur schwach färbbar; bei anderen jungen Proliferationszellen dagegen sind die Kerne klein, spindelförmig, stark färbbar und mit feinen, fadenförmigen Ausläufern versehen, auch mitotische und amitotische Zellteilungsfiguren sind hier vorhanden. Die Papillen sind teils unverändert, teils in verschiedenem Grade verlängert. Unter den verlängerten sind einzelne auch wieder etwas umfangreicher, etwas ödematös, infolge der Erweiterung der Gefäß- und Lymphspalten. Andere Papillen wiederum zeichnen sich durch eine stärkere

Infiltration der Kapillarwände und durch eine mächtigere Proliferation der Bindegewebszellen aus, so daſs die Papillen im ganzen sehr verschiedenartig aussehen, teils sind sie verlängert, teils verdickt und umfangreicher; andere Papillen wiederum sind nur wenig oder gar nicht verlängert. Dadurch kommt es, daſs die kleinen Erhebungen, von denen die Rede war, verschieden groſs aussehen. An einzelnen Stellen des Papillarkörpers sind oft gleichzeitig vier bis sechs Papillen verlängert, so daſs an der Oberfläche eine dementsprechende Anzahl von Hügelchen entsteht; an anderen Stellen wiederum finden sich nur drei, zwei, oder gar nur eine verlängerte Papille, wodurch denn auch die Zahl der Erhebungen auf der Oberfläche entsprechend sinkt.

Zweites Präparat.

Das zweite Präparat stammt aus der Gegend über der Achselhöhle, aus einer linearen Gruppe papillomatöser, gelbbrauner Wärzchen. Diese Wärzchen ragen drei- bis viermal mehr hervor als die des ersten Präparats; sie erreichen eine Höhe von 2—3 mm, sind aber ungleich lang und zum Teil mit vertrockneten Hornmassen bedeckt.

Auf den Schnitten gewahrt man unter dem Mikroskop an den Seitenteilen zwei gröſsere Tumoren, und in der Mitte, die etwas eingesunken erscheint, einen kleinen, weniger hervorragenden Tumor, ähnlich denen, wie sie beim ersten Präparat beschrieben wurden. Die beiden seitlichen gröſseren Tumoren haben denselben histologischen Bau, wie wir ihn eben kennen gelernt haben, nur daſs alle Veränderungen hier viel stärker ausgesprochen sind. So sieht man auch auf der Epidermis oberhalb dieser beiden Tumoren zahlreiche Erhebungen und Einsenkungen, die hier aber entsprechend drei- bis viermal umfangreicher sind. Die Hornschicht über den Erhebungen ist fast gar nicht hyperkeratotisch, ausgesprochen hyperkeratotisch aber über den Einsenkungen; hier häuft sie sich zu kleinen, normal keratinisierten Hornlamellen an, die auch hier wieder nach Art kleiner Pfropfen die Täler ausfüllen; doch sind die Pfropfen hier drei- bis viermal gröſser als im ersten Präparat und machen sich an der Haut als kleine, trockene Hornmassen bemerkbar. Die Körnerschicht ist gleichfalls hypertrophiert, ihre Zellen sind an Zahl und Umfang vermehrt. Die Stachelschicht ist etwas ödematös und hypertrophisch; das Protoplasma ihrer Zellen ist vermehrt, deren Kerne sind vergröſsert; es besteht mäſsiges inter- und intracelluläres Ödem, Proliferation der Stachelschicht und der Leisten alles wie beim ersten Präparat, nur hier zwei- bis dreimal stärker; auch sind in den mittleren und unteren Lagen der Stachelschicht und der Leisten zahlreiche Mitosen vorhanden. Einzelne dieser Leisten wachsen ganz unregelmäſsig gegen die Cutis hin, in den verschiedensten Richtungen, bei anderen sind die Enden verfilzt. Endlich hat sich in den mittleren und basalen Lagen der Stachelschicht und der Leisten auch noch viel gelber

Pigment angehäuft, das stellenweise sogar zu ganz beträchtlichen Mengen anwächst. In einigen von diesen, mit Pigmentmassen bedeckten Zellen ist das Protoplasma nur schwach färbbar, zerklüftet und aus dem Zusammenhang gelockert.

Wie beim ersten Präparat so sind auch hier wieder alle Gefäfse der Cutis, die Gefäfse und Kapillaren des subpapillaren Gewebes erweitert, und zwar mehr erweitert als bei jenem; das gleiche gilt auch von den Lymphspalten, ja einzelne Lymphgefäfse des papillaren und subpapillaren Gewebes bilden sogar förmliche Varizen. Auch die Verdickung und die Infiltration der Gefäfswände ist stärker als im ersten Präparat. Die Infiltration besteht aus perithelialen Zellen, die in parallelen Reihen angeordnet sind, und aus kleinen Zellen mit kleinen, rundlichen, dunkelgefärbten Kernen; diese kleinen Zellen sind stellenweise zu mächtigen Haufen um die aufsteigenden Zweige des papillaren und subpapillaren Gewebes angesammelt wie im ersten Präparat. In diesen Infiltrationsherden kommen auch Zellen mit gröfseren und ganz grofsen, chromatinärmeren Kernen vor, so dafs alle Übergänge zwischen den kleinen starkgefärbten und den grofsen blafsgefärbten Kernen vorhanden sind. Im ganzen ist diese perivaskuläre Zellinfiltration im oberen Teil der Cutis stärker ausgesprochen, in den unteren Teilen tritt sie fast gar nicht hervor. Daneben besteht noch, namentlich in den oberen Schichten der Cutis und im Papillargewebe, eine Proliferation der Bindegewebszellen. Auch diese Zellproliferation ist hier wieder stärker als im ersten Präparat; die proliferierten Bindegewebszellen haben zum Teil hypertrophischen Kern und Protoplasma, die beide nur schwach färbbar sind, und man sieht im papillaren und subpapillaren Gewebe eine unendliche Menge solch junger Zellen mit kleinen, spindelförmigen, dunkelgefärbten Kernen und mit spongiösen, fadenförmigen Leisten; auch mitotische und amitotische Zellteilungsfiguren befinden sich unter den Zellen. Die Papillen sind zwei- bis viermal länger als im ersten Präparat, auch ihr Volumen ist infolge der Erweiterung der Gefäfse und Lymphspalten vergröfsert. Dabei schwanken Länge und Umfang der einzelnen Papillen beträchtlich; einzelne von ihnen sind sehr lang, andere verhältnismäfsig kurz, die einen sind mehr, die anderen weniger infiltriert und dementsprechend voluminös. Ab und zu stöfst man auf eine Gruppe von vier bis sechs Papillen, die alle verlängert sind und an der Hautoberfläche dementsprechend einen gröfseren Hügel bilden; anderwärts stehen nur zwei bis drei solcher verlängerter Papillen zusammen, zuweilen steht auch eine ganz allein für sich; die Erhabenheiten der Hautoberfläche sind dann demgemäfs viel kleiner. Mit anderen Worten: die Ungleichmässigkeit in den Erhabenheiten der Haut hängt von dem Umfang, der Länge und der Zahl der zusammenstehenden Papillen ab.

In den perivaskulären Zellansammlungen finden sich auch Mastzellen und im papillaren und subpapillaren Gewebe einzelne Haufen gelben Pigments um die Gefäfse.

In beiden Präparaten fehlen Herde von polynukleären Leukocyten gänzlich, weder die Schweifsdrüsen noch die Talgdrüsen bieten Veränderungen dar. — In dem kleinen, zentral gelegenen verrukösen Tumor des zweiten Präparats finden sich die gleichen, für das erste Präparat beschriebenen Veränderungen, so dafs ich von einer Wiederholung absehen kann; nur sind alle Erscheinungen hier etwas stärker ausgesprochen.

Schlufswort.

In meinem Fall von Naevus linearis s. systematisatus erscheint die Neubildung in dreierlei Formen: 1. als hyperpigmentierte Herde oder Linien; 2. als kleine, weiche, flache Wärzchen; 3. als papillomatöse Warzen, die stellenweise mit harten, hornigen, trockenen Massen bedeckt sind.

Den hyperpigmentierten Linien entspricht histologisch ein leichter Entzündungsgrad der Cutis (geringe perivaskuläre Zellinfiltration und geringe Proliferation der Bindegewebszellen des papillaren und subpapillaren Gewebes) und Pigmentanhäufung an der basalen Stachelschicht. — Den weichen flachen Wärzchen liegt eine stärkere Entzündung der Cutis zugrunde; hier besteht mäfsige Erweiterung der Blut- und Lymphgefäfse, perivaskuläre Zellproliferation und Proliferation der Zellen des Bindegewebes; endlich geringe Verlängerung der Papillen. Auf der Epidermis befinden sich ganz kleine Erhebungen und Einsenkungen; es besteht leichtes intra- und intercelluläres Ödem der Stachelschicht, deren Zellen proliferiert sind, Mitosenbildung; Proliferation und ungleichmäfsige Verlängerung der Epithelleisten sowie eine auf die Einsenkungen beschränkte Hyperkeratose; endlich noch eine wechselnde Anhäufung von Pigment an der basalen Stachelschicht.

Dafs wir diese nämlichen Veränderungen auch bei der mikroskopischen Untersuchung der papillomatösen, stark hervorragenden Warzen finden, darf uns billigerweise nicht wundern, ebensowenig dafs bei ihnen alle Veränderungen einen viel höheren Grad erreichen. In dem Gewebe der Cutis und rings um die Gefäfse sind alle Erscheinungen der Entzündung vorhanden, stärker in ihren höher gelegenen Teilen, im subpapillaren und papillaren Gewebe. Blut und Lymphgefäfse sind erweitert, letztere namentlich im papillaren und subpapillaren Gewebe; wir fanden perivaskuläre Zell-Proliferation und Infiltration, zumal in der oberen Schicht der Cutis, daneben einzelne grofse perivaskuläre Herde kleiner Zellen mit rundlichem, dunkel gefärbtem Kern; polynukleäre Leukocyten fehlen völlig. In den Gefäfswänden finden sich einzelne Mastzellen. Es besteht Proliferation der Bindegewebszellen, besonders im papillaren und subpapillaren Gewebe;

einzelne dieser Bindegewebszellen enthalten Mitosen. Die Papillen sind ungleichmäſsig hypertrophiert und verlängert und bilden auf der Oberfläche der Epidermis kleinste Hügel von ganz verschiedener Gröſse.

Auf der Epidermis befinden sich unregelmäſsige Erhebungen und Einsenkungen. In der Stachelschicht besteht leichtes intra- und intercellulares Ödem, erhebliche Proliferation der Stachelzellen mit zahlreichen Mitosen, beträchtliche Proliferation der Epithelleisten, die sich in den verschiedensten Richtungen gegen die Cutis hin verlängern; merkliche Hyperkeratose nur in den Einsenkungen auf der Epidermisoberfläche, während sie auf den Erhebungen fast ganz fehlt. In den mittleren und basalen Lagen der Stachelschicht ist auch sehr viel gelbes Pigment angehäuft, von dem sich einzelne kleine Haufen auch im Papillargewebe finden.

Alle die hier beschriebenen Veränderungen nun weichen völlig vom mikroskopischen Befund beim Naevus pigmentosus mollis ab. Ich fand keine Lockerung der Epithelzellen gegen die Cutis hin, auch keine charakteristischen Zellgruppen und Reihen epithelialer Herkunft, wie sie beim Naevus mollis vorkommen. Endlich waren in meinem Fall auch die Schweiſs- und Talgdrüsen unverändert.

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.

Erklärung der Figuren.

Tafel I, Figur 1. Erstes Präparat, aus dem Vorderarm; eine kleine, weiche, flache Warze von weniger als 1 mm Dicke und gelblicher Farbe.

An der Oberfläche der Epidermis kleine Erhebungen und Einsenkungen. Die Hornschicht normal keratinisiert und nur im Gebiet der kleinen Einsenkungen hyperkeratotisch; an den kleinen Erhebungen fehlt die Hyperkeratose fast gänzlich. Die Stachelschicht ist stellenweise stärker proliferiert, desgleichen die Epithelleisten, die dann bis zur Cutis verlängert sind. In der Cutis besteht mäſsige Erweiterung der Blut- und Lymphgefäſse, Infiltration und Zellproliferation der Gefäſs- und Kapillarwände, namentlich in den oberen Abschnitten der Cutis, sowie Proliferation der Bindegewebszellen, besonders im papillaren und subpapillaren Gewebe. Die Papillen sind an einzelnen Stellen etwas verlängert.

Tafel II, Figur 2. Zweites Präparat, von oberhalb der Achselhöhle stammend, enthält eine Gruppe verruköser und papillomatöser Knötchen, die 2—3 mm über die Haut hervorragen und zum Teil mit harten, gelbbraun gefärbten Hornmassen bedeckt sind.

Gröſsere Erhebungen und Einsenkungen auf der Epidermisoberfläche. Die Hornschicht, im allgemeinen normal keratinisiert, ist im Gebiet der Einsenkungen ungemein hyperkeratotisch und bildet hier groſse, unregelmäſsige Hornblöcke; auf den Erhebungen ist die Hornschicht so gut wie gar nicht hyperkeratotisch. In der Stachelschicht sind Proliferation und Verlängerung der Epithelleisten viel bedeutender als im ersten Präparat. Gefäſse und Lymphspalten der Cutis sind ebenfalls viel mehr erweitert als im ersten Präparat. Rings um die Gefäſs- und Kapillarwände, namentlich in den oberen Abschnitten der Cutis, besteht eine mächtige Proliferation und Infiltration von Zellen; auch die Bindegewebszellen sind namentlich im papillaren und subpapillaren

Gewebe stark proliferiert. Auch diese Proliferation ist an allen Stellen des zweiten Präparats viel stärker ausgesprochen als im ersten: das nämliche gilt von der Verlängerung, der Infiltration und dem Ödem der Papillen.

Photographie Nr. 1 (S. 40). Man sieht zwei verruköse Linien auf der oberen hinteren Fläche der rechten Thoraxhälfte.

Photographie Nr. 2 (S. 40). Oberhalb der rechten Brustwarze sitzt ein Herd kleiner, flacher Wärzchen und oberhalb der vorderen Achselfalte eine lineare Gruppe hervorspringender, papillomatöser Warzen; in der Mitte der rechten Ellenbogenbeuge ebenfalls eine lineare Gruppe solcher papillomatöser, hervorragender Warzen. Leider sind auf diesem Bilde die feinen verrukösen Linien und die kleinen Warzenhaufen der rechten Vorderarms nicht zu erkennen. Aber die Kranke war uns aus dem Gesicht gekommen, und als sie wieder erschien, hatte sie schon einen grofsen Teil der Warzen der Ellenbogenbeuge und des Vorderarms mit Kalium causticum zerstört. Trotzdem photographierte ich ihren Vorderarm und Ellenbogenbeuge, das Bild ist aber nicht besonders ausgefallen.

BOSTON MEDICAL
AUG 2 1906
LIBRARY

Literaturverzeichnis.

1. v. Bärensprung, *Charité-Annalen.* 1863. S. 91. ★
2. Gerhardt, Beobachtungen über neuropathische Hautpapillome. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* Neue Folge. Bd. IV. S. 270. 1872. Heft 3.
3. Simon, Über Nervennaevi. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1872. Bd. IV.
4. Neumann, Über Nervennaevus. *Österreich. Jahrbuch f. Pädiatrik.* Jahrgang VIII 1887. S. 165.
5. Mackenzie, *Med. Times and Gasette.* 1880. S. 451. Referiert in *Schmidts Jahrbüchern.* Bd. CX. S. 146.
6. — Referiert in *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* Jahrgang VIII. 1881. S. 554
7. Esmarch, Die elephantiastischen Formen. 1885.
8. — *Annales de Dermatologie.* 1887. S. 738. Referiert in *Monatsh. f. prakt. Derm* 1890 (Ichthyosis hystrix nigricans).
9. Pott, Papilloma neuropathicum. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* 1888. S. 432.
10. Jadassohn, Beiträge zur Kenntnis der Naevi. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph* 1888. S. 917.
11. Kröner, Inaugural-Dissertation. Würzburg 1890.
12. Philippson, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. S. 337.
13. Koren, Ichthyosis linearis neuropathica. (Vergl. Nr. 12.)
14. Hagen, *Münch. med. Wochenschr.* 1892. S. 329.
15. Müller, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. S. 21.
16. Petersen, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. S. 919.
17. Saalfeld, *Dermatol. Zeitschr.* I. 1894. S. 36.
18. Lang, *Dermatol. Zeitschr.* I. 1894. S. 142.
19. Spietschka, Über sog. Nervennaevi. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. 27. S. 27.
20. Albers-Schönberg, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. S. 350.
21. Alexander, *Dermatol. Zeitschr.* 1895. Bd. II. S. 343.
22. Unna, Histopathologie. S. 1164.
23. Warneke, Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der sog. Nervennaevi. *Arch. f. Derm.* 1895. Bd. 33. S. 363.
24. Meissner, *Dermatol. Zeitschr.* 1895. Bd. II. S. 428.
25. Touton, *Vers. d. Deutschen Derm. Gesellschaft.* 1895. S. 418.
26. Kaposi, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 34. S. 411.

Fig. 1.

35/1

Fig. 2.

Hodara

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

27. Spiegelberg, *Münch. med. Wochenschr.* 1891. Nr. 30.
28. Geber, *Med.-chir. Rundschau.* 1872. Bd. 4. S. 24.
29. Haegel, Inaugural-Dissertation. Würzburg 1885.
30. Galewsky und Schlossmann, Über Naevus linearis. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 58. Heft 1. S. 85.
31. Blaschko, *Dermatol. Zeitschr.* 1895. Bd. II. S. 361.
32. Heller, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 32. S. 251.
33. Jadassohn, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 33. S. 390.
34. Simon, Lokalisation der Hautkrankheiten. Berlin 1873. S. 89 ff.
35. Campana, *Giornale italiano della malat. ven. et della pelle.*
36. Balzer, *Annales de Derm. et de Syph.* 1901. Heft 11.
37. Michel, Beiträge zur Kenntnis der Naevi. Dissertation. Bern 1898.
38. Kopp, Trophoneurosen der Haut. 1886.
39. Hallopeau, *Progrès médical.* 1891.
40. Weil, Ein Fall von Naevus verrucosus. *Arch. f. Derm.* 1896. Bd. 26. Heft 1.
41. Blaschko, Die Nervenverteilung in der Haut in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der Haut. Beilage zu den *Verhandl. der Deutschen Derm. Gesellschaft.* VII. Kongreſs zu Berlin 1901.
42. Pecirka, O. Papillomech kuze (Sur les papillomes de la peau). *Skorniku Lekars Keho.* 1891. Bd. 4. S. 3.
43. Brissaud, Leçons sur les maladies nerveuses. Paris 1899.
44. Manchot, Die Hautarterien des menschlichen Körpers. Leipzig 1889.
45. Ch. Voigt, Abhandlung über die Richtung der Haare am menschlichen Körper. Denkschrift der Wiener Akademie. Wien 1857. Bd. 13.
46. Elliot, Adeno-kystoma intracanaliculare occurring in a Naevus unius lateris. *Journal of cutaneous and genit-ur. diseases.* 1903. S. 168.
47. v. Recklinghausen, Über die multiplen Fibrome. 1882.
48. Strasser, Beitrag zur Kenntnis der systematisierten Naevi. *Arch. f. Derm.* 1903. Heft 1.
49. Sachs, Beitrag zur Histologie der weichen Naevi. *Arch. f. Derm.* 1903. Heft 2.
50. Heidingsfeld, *The Journal of the American Medical Association.* 1904.[1]

[1] Diesen Aufsatz konnte ich bei Abfassung meiner Arbeit leider nicht mehr verwenden.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Juni 1905.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Seegall demonstriert einen im Mai 1903 (Bd. 36, S. 666 *dieser Zeitschrift*) schon einmal vorgestellten Mann mit **Dermatitis herpetiformis Duhring**. Es ist, nachdem die Affektion damals unter Atoxylinjektionen geheilt war, jetzt ein leichtes Rezidiv an Stamm und Armen aufgetreten, welches unter Anwendung derselben Behandlung schon wieder im Rückgange begriffen ist. Rosenthal setzt die

Gründe auseinander, aus denen er zur Diagnose Dermatitis herpetiformis gegenüber Pemphigus vulgaris gelangt ist. HELLER findet den mikroskopischen Blasenbefund charakteristisch für Pemphigus. Hier ist keine Untersuchung in dieser Richtung bisher vorgenommen worden. ROSENTHAL sieht ihn auch nicht als differentialdiagnostisch entscheidend an.

2. DREYER demonstriert einen 22jährigen Mann, der im Dezember 1904 mit Syphilis infiziert wurde. Zwei Injektionskuren mit Hg-Salicyl hatten keine verzögernde Wirkung auf Rückfälle. Zurzeit besteht auffallend starke universelle Lymphdrüsenschwellung, sowie ein starkes gruppiertpapulöses Exanthem mit zentraler Papel. Atrophie des ganzen Zungengrundes. Der Verlauf ist der der **malignen Lues**. Drei Kalomelinjektionen haben bereits starke Rückbildung erzielt. KOLLER bemerkt auf Anfrage HELLERS, daſs der Atrophie des Zungengrundes keine Ulceration voraufgegangen sei.

3. DREYER demonstriert einen Mann mit **schwerer Lues**. Vorbehandlung ziemlich häufig, aber unregelmäſsig. Es besteht ein Defekt des weichen und fast des ganzen harten Gaumens, Verlust der inneren Nase, die Nasenspitze ist herabgesunken, die hintere Rachenwand vernarbt. Guter Erfolg von Kalomelinjektionen und Schwitzkur. ROSENTHAL bemerkt, daſs die Zerstörung der hinteren Rachenwand bis zur Wirbelsäule gereicht habe und Schwellung des Kehlkopfs mit Dyspnoe die Gefahr des Glottisödems sehr nahe gebracht habe.

4. WECHSELMANN demonstriert einen 16jährigen Knaben ohne spezifische Anamnese mit Keratitis parenchymatosa und Perforation im harten Gaumen. Zeichen früherer Lues fehlen. W. ist geneigt, **Lues hereditaria tarda** anzunehmen.

5. SAALFELD demonstriert eine 41jährige Frau mit **Neurofibromatose**. Follikularöffnungen auf einzelnen Geschwülsten deuten vielleicht eine Entstehung vom perifollikulären Gewebe ausgehend an. WECHSELMANN bemerkt, daſs letzterer Befund häufig sei und über die Genese gar nichts auszusagen erlaube.

6. BAUM demonstriert einen jungen Mann mit erodiertem, sehr groſsem **Primäraffekt an der Vorderseite des linken Oberschenkels**.

7. BAUM demonstriert einen vor sechs Monaten syphilitisch infizierten jungen Mann. Er hat nach der Infektion einen schweren Oberschenkelbruch durchgemacht, zeigt augenblicklich groſse Drüsenschwellung, Plaques im Munde und einen gruppierten papulösen Ausschlag, von dem ein groſser Teil ein **kleinpapulöses Syphilid** ist. An vielen Stellen besteht aber an den gruppierten Herden ein **typischer Ausschlag von Lichen planus**. Nach einer Injektion von Hg bijodat. ist zwischen dem genannten Exanthem eine Roseola hervorgetreten. ISAAC I erinnert an einen früheren von ihm demonstrierten Fall ähnlicher Art, der sich allmählich als reine Lues entpuppte. ROSENTHAL findet die Unterscheidung oft sehr schwer, zumal es kleinpapulöse Syphilide gibt, die erst durch Arsenbehandlung schwinden. KROMAYER hält den ganzen Ausschlag für Syphilis, für welche die Art der Gruppierung spricht, die bei dieser Form bei Lichen planus nicht vorkommt, die Rückbildungserscheinungen sind in einer Ausdehnung und Stärke zu sehen, wie es bei Lichen planus nicht angetroffen wird. Auch fehlt die marmorierte Zeichnung des längere Zeit bestehenden Lichen planus. LEDERMANN bestreitet nicht das Bestehen der Lues, doch ist neben ihr Lichen planus vorhanden. Derselben Ansicht ist PINKUS, der die Gruppierung, wie sie hier zu sehen ist, bei universellen akuten Lichen planus-Eruptionen für die Regel hält. BAUM verteidigt seine ursprüngliche Ansicht. HELLER hält die Eruption für Lichen planus wegen ihres zwölfwöchigen Bestandes. ROSENTHAL bittet, den Fall nach reiner Hg-Behandlung in der nächsten Sitzung wieder vorzustellen.

8. HEUCK berichtet über den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von milchigem Urin. Fett- und Eiweiſsgehalt haben nunmehr doch die Diagnose **Chylurie** zu stellen

veranlafst. Chemisch fehlten Albumosen und Pepton. Mikroskopisch waren Leukocyten und rote Blutkörperchen nachweisbar, keine Parasiten, keine Nierenelemente. Blutbefund normal. Die Cystoskopie ergab nach einstündiger Spülung der Blase, dafs der weifse Urin aus dem rechten Ureter herauskam, während der linke normalen Urin entleerte. Es handelt sich vermutlich um eine in die oberen Harnwege einmündende **Lymphfistel**, vielleicht die Folge der Stauung durch einen Tumor oder durch alte peritonitische Prozesse. Prognose gut.

9. SAALFELD demonstriert einen früheren Patienten, dessen **Lupus follicularis disseminatus** geheilt ist (kantharidinsaures Kalium), sowie einen neuen Kranken, der an derselben Affektion leiden soll. KROMAYER kann nur eine abnorm aussehende Form von Akne diagnostizieren und empfiehlt die Behandlung mit Ausstanzen. ROSENTHAL möchte mit seiner Diagnose zurückhalten, doch neigt er sich der Ansicht zu, dafs es sich um BARTHÉLEMYS Aknitis handele. Er bittet um Wiedervorstellung des Falles.

10. WECHSELMANN demonstriert die tuberkulösen Nebennieren eines im Februar 1905 mit Lues infizierten Mannes, bei dem er auf Pigmentflecke des Mundes und des Gesichtes hin **ADDISONsche Krankheit** diagnostiziert hat. Spirochaeten SCHAUDINN-HOFFMANN sind in keinem der inneren Organe gefunden worden. Es bestand Miliartuberkulose der Milz und der Leber, Verkäsung und Verkalkung beider Nebennieren, besonders der linken. In den untersuchten Bauchganglien war ein Schwund der chromaffinen Zellen deutlich. Das Haut- und Schleimhautpigment lag nur in der Basalschicht. HELLER macht darauf aufmerksam, dafs das Pigment oft auch in den höheren Schichten des Epithels liegt.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 5.

1. **Über Arsenvergiftung auf Grund einer mikrochemisch-histologischen Methode**, von J. JUSTUS-Budapest. J. versucht die Wirkungsweise des Arsens mit Hilfe einer Methode zu erforschen, die sich auf dem mikrochemischen Nachweis des Giftes aufbaut. Er verwandelt das As in den Organen von Tieren, die mit Arsenpräparaten vergiftet worden sind, in Arsentrisulfid (As_2S_3), das eine charakteristische, leicht wahrnehmbare, noch in sehr dünnen Schichten erkennbare gelbe Farbe hat und daher die Verteilung des As in den Geweben deutlich macht; es ist in kaltem Wasser, Alkohol, Äther und Salzsäure unlöslich, in Ammoniumkarbonat, Kalilauge und Ammoniak dagegen löslich. Das Verfahren, das J. anwendet, ist folgendes: Die Organe der vergifteten Tiere werden ein bis zwei Tage lang in 4%ige Formalinlösung gelegt, dann mehrmals in frischem Wasser ausgewaschen und in dünne Scheiben geschnitten. Die Scheiben kommen in ein Glas mit neutraler H_2S-Lösung, das Glas wird fest verschlossen drei bis vier Tage lang in einem Wärmeschrank bei 70—80° gehalten, das H_2S-Wasser kann event. jeden Tag erneuert werden. Dann wird ausgewaschen, in Alkohol von steigender Konzentration gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Die Schnitte werden 10—20 Minuten lang in 5—10%ige HCl-Lösung eingelegt, um das Schwefeleisen aufzulösen, das sich in dem H_2S-Wasser

aus dem in den Organen enthaltenen Eisen gebildet hat; zum Schlusse wird mehrmal in frischem Wasser ausgewaschen, gefärbt, in Karbolxylol aufgehellt und in Balsan eingeschlossen.

Aus den Befunden, die er bei seinen Versuchen erhoben, zieht J. folgend Schlüsse: Die subcutan eingebrachte As-Verbindung gelangt in den Blutstrom un wird hier in erster Linie anscheinend an das Plasma der Erythrocyten gebunde Sie wird in alle Organe geführt, die Zellen nehmen sie, wie es scheint, ohne Unte schied auf. In gröfster Menge findet sich die As-Verbindung in Organen, die auf di äufsere oder innere Oberfläche sezernieren (Haut, Niere, Leber, Darm), ein natürliche Bestreben zur Befreiung von dem eingebrachten schädigenden Stoffe. Im Innern de Zelle selbst lokalisiert sich das As in erster Reihe in dem Zellplasma, wie es schein in verschieden verteilten Verbindungen, falls man berücksichtigt, dafs der As_2S_3 Niederschlag fein punktiert erscheint in den Nieren- und Darmepithelien, gröber i den Muskelzellen, und dafs endlich die Leberzellen, die Knäueldrüsen, die Hornschicl und die Haare grobe, gröfsere Einlagerungen enthalten. Der Zellkern ist As-frei, un nur an den Stellen, wo die Einlagerung eine übermächtige ist, z. B. in den gewundene Nierenkanälchen erster Ordnung, verliert auch der Kern seine Färbbarkeit, und e erscheint sein Platz mit gelben Körnchen so übersät wie das Zellplasma.

2. **Über einen chronischen, pigmentierten, hyperämisch-papulösen Au schlag (Urticaria pigmentosa?)**, von A. Gassmann-Leukerbad (Wallis). G. sah a einem 56jährigen Mann einen Ausschlag, der vor 11—12 Jahren an den Knien b gonnen hatte, über Stamm und Extremitäten streng symmetrisch ausgebreitet und a den verschiedenen Körperregionen verschieden stark entwickelt war, in der Haup sache aus hanfkorn- bis erbsengrofsen, leicht erhabenen, flachen, zum Teil zu unregc mäfsigen Plaques konfluierten Papeln bestand und keinerlei subjektive Beschwerde wie Jucken, verursachte. Frei davon waren nur behaarter Kopf, Gesicht, Penis ur Skrotum. Die Papeln waren zum Teil dunkelrot, zum Teil braunrot oder braunviole pigmentiert; bei Glasdruck verschwand die Röte unter Hinterlassung eines braun Pigmentfleckes. Die gröfste Partie der einzelnen Effloreszenz war weicher als d normale Haut; beim Darüberstreichen fühlte man jedoch im Grunde eine deutlicl derbe Infiltration, die nach Wegdrücken des übrigen Teiles sich ein klein wenig vc wölbte. An den Füfsen bemerkte man zahlreiche rote oder rotbraune, in ihrer Gröf den Papeln entsprechende Flecke unter der normalen Hornschicht; sie liefsen b Druck ebenfalls eine bräunliche Pigmentierung zurück. An den Vorderarmen u Handrücken waren zahlreiche Effloreszenzen in deutlicher Involution begriffen; d Papeln flachten sich hier vom Rand her zu roten, dann braunen Flecken ab, in der Bereich die feine Epidermisfurchung zunächst noch stärker ausgesprochen erschie dann aber normal wurde; die milchschokoladebraune Farbe ward nach und na heller, die Begrenzung undeutlich. Am Stamm fanden sich zwischen den Pape zerstreut ebenfalls zahlreiche dunkle oder hellbraune Pigmentflecke, aufserdem ab hellrote Flecke, die wahrscheinlich das erste Stadium der Effloreszenzen darstellte Im Gesicht waren flächenhafte Teleangiektasien, am Halse zahlreiche unscharf b grenzte teleangiektatische Flecke vorhanden; diese verschwanden auf Glasdruck vo ständig. Die ganze Haut befand sich in einem Zustand vasomotorischer Reizbarke überall war mit Leichtigkeit Urticaria factitia zu erzeugen. Im Gebiete der Efflor zenzen war die Reizbarkeit stärker als auf der gesunden Haut; stach man eine Pa an oder beklopfte man sie leicht mit einem Stecknadelkopf, so schwoll sie bedeute an und wurde frischrot, während die umgebende gesunde Haut auf solche Traum nicht reagierte. Bei der histologischen Untersuchung ergab sich als auffälligst Befund eine starke Vermehrung der Mastzellen; in einer alten livid-braunroten Pa

war diese Vermehrung angleich hochgradiger als in einer jungen frischroten Efflorescenz.

Der Fall scheint ein Unikum zu sein. Unter den bekannten Krankheitsbildern steht ihm die Urticaria pigmentosa am nächsten, doch weicht er klinisch in manchen Punkten von den in der Literatur beschriebenen Fällen von Urticaria pigmentosa ab. Am meisten Ähnlichkeit weisen noch ein von QUINQUAUD und ein von BLUMERS mitgeteilter Fall auf.

3. **Über die PAGETsche Krankheit (PAGETs disease of the nipple)**, von M. A. TSCHLENOFF-Moskau. (Heft 2, 4 und 5.) Die umfangreiche, überaus fleifsige Arbeit enthält neben einem ausführlichen Referat über die ganze, bisher erschienene Literatur der PAGETschen Krankheit die genaue Beschreibung eines von TSCHL. selbst beobachteten Falles, der eine erst 34jährige Frau betraf und sich verhältnismäfsig rasch entwickelte; auf der rechten Seite blieb die Affektion während 1½jähriger Dauer auf die Brustwarze beschränkt, dagegen erkrankte links im Verlaufe von fünf Monaten die ganze Brustdrüse. Der Fall war durch ein Deciduom des Uterus mit Metastasen in den inneren Organen kompliziert.

Auf Grund der Mitteilungen in der Literatur und seiner eigenen Beobachtung schildert TSCHL. das klinische Bild, die pathologische Anatomie und die Pathogenese der Affektion, wobei jedoch neue Gesichtspunkte nicht zutage treten; zum Schlusse fafst er das Wesentliche in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die PAGETsche Krankheit mufs man zu der Gruppe der krebsigen Affektionen der Haut rechnen, und zwar der oberflächlichen Hautkrebse, sie stellt eine selbständige Form derselben dar. 2. In klinischer Beziehung stellt die PAGETsche Krankheit eine eigenartige Erkrankung der Haut dar, welche sich sowohl vom Ekzem und anderen ähnlichen Erkrankungen als auch von den übrigen Krebserkrankungen der Haut unterscheidet. 3. Diese Krankheit ist recht selten, man findet sie nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern, und nicht nur an der Milchdrüse, sondern auch an anderen Körperteilen. 4. Die pathologische Anatomie der PAGETschen Krankheit zeigt alle Erscheinungen des Krebses, wobei jedoch die Haupteigentümlichkeit in der Anwesenheit besonderer „blasser" Zellen besteht, sogenannter „PAGETscher Zellen", die man selten bei anderen Erkrankungen der Haut findet. 5. Die Diagnose der PAGETschen Krankheit ist im Stadium der vollen Entwicklung gewöhnlich nicht schwierig, gelingt aber am Anfang nicht immer gleich, so dafs die Krankheit oft z. B. für ein einfaches Ekzem gehalten wird, und nur die vollständige Resultatlosigkeit der in ähnlichen Fällen üblichen Behandlung und besonders die histologische Untersuchung entscheiden die Frage. 6. Die Ätiologie gibt wenig Anhaltspunkte zur Entscheidung der Frage über die Ursachen ihrer Entstehung (??; vielleicht soll es heifsen: Die Anamnese usw. Ref.); praktisch sind von grofser Wichtigkeit oberflächliche Affektionen der Haut und der Schleimhäute, die der Krebsaffektion vorausgehen oder sie begleiten. 7. In pathologischer Hinsicht stellt die PAGETsche Krankheit einen Krebs vor, und zwar von den ersten Anfängen der Entwicklung an, so dafs die frühere Einteilung ihres klinischen Bildes in zwei Stadien, ein ekzematöses und ein krebsiges, in praktischer Beziehung nicht angebracht ist. 8. Die für die PAGETsche Krankheit charakteristischen grofsen „blassen" Zellen der Epidermis stellen keine Psorospermien vor, wie man früher annahm sondern sind veränderte Epithelzellen, die eine besondere Veränderung erfahren haben deren Wesen noch unaufgeklärt ist. 9. Der parasitäre Ursprung der PAGETschen Krankheit, wie überhaupt der Krebse, hat viel Wahrscheinlichkeit, aber diese Frage ist in gegenwärtiger Zeit noch nicht durchgearbeitet und gehört der Zukunft. 10. Der Verlauf der PAGETschen Krankheit ist meist ein chronischer, und das sogenannte „Krebs"-Stadium tritt recht spät auf, obgleich es sich zuweilen, wie in dem beschriebenen

Falle, sehr schnell entwickeln kann. 11. Die Prognose bei der Pagetschen Krankheit ist im allgemeinen, besonders am Anfang der Entwicklung, eine gute, wobei die rechtzeitig vorgenommene Behandlung eine grofse Bedeutung hat. 12. Die Behandlung der Pagetschen Krankheit ist eine chirurgische. *Götz-München.*

Lepra.

Band V, Heft 4.

XI. **Beiträge zur Kenntnis der Jodreaktion der Leprösen,** von C. Sieber Breslau. Die von Danielssen zuerst beobachtete Reaktion Lepröser auf Jodkalium ist eine ziemlich regelmäfsige Erscheinung. Von zwölf Fällen, die Verfasser unter sucht hat, zeigten nur zwei die Reaktion nicht, ein Fall von gemischter Lepra un der einzige rein makulo-anästhetische Fall der Gruppe. Die Dosis, welche die Reaktio auslöst, ist sehr verschieden; in einem Falle genügte eine einmalige Dosis von 0,2 g in anderen waren mehrmalige Dosen von 0,3 g notwendig. Die Art der Zuführun des Medikamentes ist gleichgültig. Die Symptome der Reaktion sind allgemeine un örtliche. Die Allgemeinerscheinungen beginnen 6—8 Stunden nach der Einnahm mit Müdigkeit, Abgeschlagenheit und leichter Temperatursteigerung, erreichen nac 24 Stunden ihren Höhepunkt (Fieber, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Appeti losigkeit, Stuhlverhaltung, Pulsfrequenz); nach weiteren 12 Stunden erfolgt kritisch Abfall der Temperatur, Rückkehr des Allgemeinbefindens zur Norm nach 3—4 Tage Mit dem Steigen der Temperatur beginnt auch die örtliche Reaktion: Eintrete von Spannungsgefühl in den leprösen Knoten, Rötung und Schwellung der Knot sowie auch besonders der Infiltrate; mit der höchsten Temperatur erreichen auch d Erscheinungen ihren Höhepunkt. Die Allgemeinreaktion ist stets mit lokalen E scheinungen verbunden, dagegen können diese auch für sich ohne Allgemeinsymptor bestehen. Nicht alle leprösen Erscheinungen reagieren in gleicher Weise, fast g nicht z. B. alte umschriebene Knoten auf normal aussehender Haut, am intensivst dagegen wulstige Infiltrate. Auch im Mund und an der Nasenschleimhaut sin Reaktionserscheinungen sichtbar. Bei wiederholter Darreichung von Jod wurden vier Fällen subcutane Blutungen ohne sonstige Störung des Allgemeinbefindens beo achtet. Nur in einem von drei daraufhin untersuchten Fällen waren auf der Hö der Reaktion Leprabazillen im Blut nachweisbar. Das Auftreten der allgemein und örtlichen Reaktion ist nicht nur an die Verabreichung von Jodsalzen gebunde sondern kann auch durch jedes andere jodhaltige Medikament hervorgerufen werd Beim Jodipin, besonders wenn subcutan gegeben, tritt die Reaktion erst nach längere Gebrauch auf.

Die Jodreaktion der Leprösen hat demnach mit der Tuberkulinreaktion d Tuberkulösen grofse Ähnlichkeit, ist aber nicht so konstant und typisch wie die Ihr Ausbleiben stellt jedenfalls die Diagnose Lepra noch nicht in Zweifel. Von d Tuberkulinreaktion ist sie auch dadurch verschieden, dafs keine Gewöhnung an d Mittel erfolgt. Die Jodreaktion zu erklären, ist schwer. Analog der Neisserschen Erklärung für die Tuberkulinreaktion könnte man vielleicht annehmen, dafs das J mit einem Stoffwechselprodukt der Leprabazillen einen neuen chemischen Körp bildet, der die Erscheinungen auslöst. Vielleicht ist auch eine Alteration der Bl gefäfse durch das Jod die Ursache. Schädigende Einflüsse des Jods auf den allgemein Verlauf der Krankheit hat Verfasser nicht beobachtet. Ein während anderthalb Jah mit Jod behandelter Fall besserte sich in dieser Zeit anscheinend. Zu verwerfen also die Jodtherapie jedenfalls nicht.

XII. **Sieben im Jahre 1903 im alten Katharinenhospital zu Moskau beobachtete Leprafälle,** von Samgin. Während in den Jahren 1883 bis 1903 insgesamt 31 Leprafälle in Moskau vorgekommen sind, kamen im Jahre 1903 allein sieben neue Fälle in Behandlung. Die Mehrzahl der Kranken entstammte dem Moskauer Gouvernement und hatte dessen Grenzen nie verlassen. Die Fälle bieten an sich nichts Bemerkenswertes. Der im Gegensatz zu den sonstigen Feststellungen in Rufsland auffallend hohe Prozentsatz von Fabrikarbeitern unter den Moskauer Leprösen und die Tatsache, dafs alle diese Fabrikarbeiter in Spinnereien und Webereien beschäftigt waren, führten den Verfasser auf die Vermutung, dafs die Ansteckung vielleicht durch die aus leprösen Provinzen Asiens eingeführte Wolle und Seide vermittelt wird.

XIII. **Bericht an das Kolonialamt über eine Untersuchung betreffs Ausdehnung und Verteilung der Lepra in Basutoland,** von Edw. C. Long. Die Lepra ist nach Basutoland durch Einschleppung aus den Nachbargebieten gekommen und jetzt dort endemisch. Von einer bemerkenswerten Zunahme der Krankheit in den letzten Jahren kann man nicht sprechen. Die Gesamtzahl der Leprösen beträgt etwa 220, bei einer Bevölkerungsziffer von 262000. Die Mehrzahl der Fälle gehört der gemischten Form an. Bei der Verstreutheit der Fälle über ein weit ausgedehntes Gebiet ist von einer regelrechten Behandlung keine Rede. Vorgeschrittene Fälle werden in der Regel auf Anordnung der Stammeshäuptlinge isoliert. Wirksame Mafsnahmen zur Unterdrückung der Krankheit sind zurzeit nicht durchführbar und nach Ansicht des Verfassers auch nicht dringend nötig. Man mufs sich darauf beschränken, die Leute und ihre Anführer auf die Gefahren der Krankheit aufmerksam zu machen; vielleicht läfst sich in späteren Jahren die Absonderung der Kranken in einem Leprasyl ermöglichen. *A. Loewald-Kolmar.*

Monatsberichte für Urologie.

1905. Band X, Heft 5.

Zur Sterilisation elastischer Katheter, von Privatdoz. C. Adrian-Strafsburg. Nach Versuchen, welche im bakteriologischen Laboratorium von Prof. Jäger und Sittler in Strafsburg angestellt wurden, schlägt nun Adrian die von E. v. Esmarch mit Erfolg an verschiedenartigen Objekten, wie Kleidern, sporenhaltigen Tierfellen usw. angewandte Methode: Einwirkung von Dämpfen aus 1—2%iger Formalinlösung in Wasser bei 60—75°, auch für die Desinfektion der Katheter vor. Bei dieser, innerhalb der zur Sterilisation erforderlichen Zeit angewandten Temperatur wird das Kathetermaterial in keiner Weise geschädigt, die an den sterilisierten Kathetern haftende Formalinmenge ist ferner so minimal, dafs eine Reizung der Urethralschleimhaut kaum zu befürchten ist. Der nach den Angaben von Prof. Jäger von Dr. Sittler konstruierte Apparat ist denkbar einfach: Ein Blechkasten mit einem äufseren Deckel, welcher denselben abschliefst und ein Thermometer trägt, und einem inneren Deckel, der zur Aufnahme der Katheter verschieden grofse Löcher hat; die auf dem Boden des Apparates befindliche Lösung von 1—2 Formalin auf 100 Wasser wird durch den unter dem Apparat befindlichen Bunsenbrenner oder eine gewöhnliche Spiritusflamme auf 60—75° gebracht, und zwar empfiehlt es sich, den Apparat langsam anzuwärmen und nach Löschen der Flamme ruhig abkühlen zu lassen. Der Apparat kann von jedem Klempner angefertigt werden, und Adrian kann ihn nicht warm genug für die urologische Praxis empfehlen, da diese Sterilisation nach dem Jäger-Sittlerschen Verfahren gegenüber sämtlichen gegenwärtig bekannten Methoden erhebliche Vorzüge besitze.

Prostatectomia partialis ignea oder Bottinische Operation, von Prof. Texo-Buenos-Aires. Für die, in letzter Zeit etwas in Mifskredit gekommene, Bottinische Operation tritt Verfasser auf Grund eigener Erfahrungen und teilweiser, am Instrumentarium angebrachter Verbesserungen sehr warm ein, sucht den vielfach gemachten Einwand, es sei eine Operation, die im Dunkeln ausgeführt werde, durch den Vergleich mit der Urethrotomia interna und der Lithotripsie zu widerlegen und erklärt die Bottinische Operation für das einzig radikale Verfahren zur Behandlung der Prostatahypertrophie. Texo hat bei Gentile einen Prostatainzisor anfertigen lassen, der sich von der Hirschmannschen Verbesserung in bezug auf Messer und Zahnstange wesentlich unterscheidet (ersteres mit gröfserer Widerstandskraft und Länge, bei letzterem soll der Zahn verhüten, dafs das Messer ganz herausrutscht und zu leicht sich biegt). Nach dem Vorgange von Frisch-Wien empfiehlt Texo, das Messer weifsglühend anzuwenden. Eingehend beschreibt nun T. die Operationstechnik, wie sie am Rawsonspital zu Buenos-Aires geübt wird, die Vorbereitung des Operationsfeldes und vorhergehende genaue cystoskopische Untersuchung, Bestimmung des Residualharns, Anästhesie mittels 2%iger Kokainlösung (5 com mit einem Ultzmannschen Instillator) und die verschiedenen (6) Etappen der Operation, welche T. bei leerer Blase ausführt, um einem Wärmeverluste des Messers vorzubeugen. Zahlreiche (20) Zeichnungen illustrieren das Instrumentarium und die einzelnen Stadien der Operation in recht anschaulicher Weise. Im ganzen dauert letztere etwa 30 Minuten. Zur Nachbehandlung wird die Blase täglich mit 4%iger Borsäurelösung, alle drei Tage mit 1%iger Höllensteinlösung zur Beseitigung einer etwa bestehenden Cystitis ausgespült. Den Verweilkatheter läfst T. in Rücksicht auf etwaige Nierenveränderungen und Traumen am Blasenhalse 12—15 Tage liegen; den Patienten macht er darauf aufmerksam, dafs der Harn noch ca. zwei Monate nach der Operation seine eitrige Beschaffenheit behalten wird (Abstofsung der durch die Kauterisation entstandenen Schorfe). Durch das längste Liegenlassen des Verweilkatheters glaubt T. auch postoperativen Folgen, wie Schmerzen, Fieber, Blutungen vorbeugen zu können. Bezüglich der Indikationen der Bottinischen Operation unterscheidet er 1. von seiten der Nieren (wenn keine ausgesprochene Insuffizienz oder hochgradige infektiöse Erscheinungen vorhanden sind), 2. der Blase: in allen Fällen, wo sie 50 bis 100 g oder den ganzen Harn retiniert, 3. der Prostata: wenn deren (Mittel- oder Seiten-) Lappen stark vorspringen; kontraindiziert ist sie bei bösartigen Tumoren. 4. Von seiten der Harnröhre: wenn sie frei und leicht zu sondieren ist; eventuelle Hindernisse (Strikturen) müssen zuvor beseitigt werden. Die Gesamtübersicht der Resultate der 49 Bottinischen Operationen ergibt keinen Todesfall, in den Fällen mit 1, kompletter Retention, immer spontane Entleerung, 86,76% (15 Fälle) Erfolge mit einem Residualharn von weniger als 100 g, weitere 60% (15 Fälle) Erfolge mit einem Residualharn von weniger als 75 g und zwei, mit unvollständiger Retention, wo die Erfolge noch bessere (bei einem Teile weniger als 50 g Residualharn) waren. Tabellarische Übersicht der Fälle vom Jahre 1899 bis 1904. *Stern-München.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. II, Heft 4.

Zur Technik der Endoskopie, von H. Pollock-Freiburg i. Br. Um einem zweifellos sehr häufig empfundenen Bedürfnis nach besseren Mitteln zur Reinigung der Harnröhrenschleimhaut beim Endoskopieren abzuhelfen, empfiehlt P. einen neuen Tamponträger und ein verbessertes Tupfermaterial. Ersterer stellt eine Modifikation des Grünfeldschen Instrumentes (resp. des Simsschen Schwammhalters) dar, hat aber

längere Branchen, einen massiven Griff und kostet (bei Franz Rosset in Freiburg i. Br.) nur M. 1.50. Als Tupfmaterial verwendet Verfasser Röllchen von Zellstoffwatte, die mit einer Schicht von Gaze überzogen ist. Dieselben sind von Paul Hartmann in Heidenheim i. W. in Packungen zu je 1000 Stück (Preis M. 3.—) oder in Kartons zu fünf Päckchen, deren jedes zehn Tupfer enthält, zu beziehen. Es soll auf diese Weise ein Auffasern des Materials und ein Abgleiten vom Träger sicher vermieden werden.

Über Jodfersan bei Lues, von Benninghoven-Berlin. Das Fersan ist ein aus frischem Rinderblut durch besondere Prozesse gewonnenes Präparat, welches organisch gebundenes Phosphor und Eisen mit 90% Acidalbuminat enthält. Es stellt ein schokoladefarbiges, geschmackloses Pulver dar und wird namentlich bei anämischen und neurasthenischen Zuständen mit Erfolg angewandt. Außerdem wird neuerdings von der Wiener Fabrik Jodfersan, eine Vereinigung von Fersan mit Jodkalium in Pastillenform, hergestellt. Jede Pastille enthält 0,2 Fersan und 0,05 Jodkalium. B. hat es im Laufe von sechs Monaten in 28 Fällen, von denen er drei ausführlicher beschreibt, angewandt und ist durchweg mit dem Resultat sehr zufrieden gewesen. Die Patienten befanden sich teils im Spätstadium, teils in der Sekundärperiode. Die Dosis betrug durchweg zwölf Pastillen in zwei oder in drei Portionen vor den Mahlzeiten gegeben, doch kann man auch größere Mengen anwenden. Irgendwelche unwillkommene Nebenerscheinungen hat Verfasser nicht zu konstatieren gehabt.

Zur Behandlung der Blennorrhoe, von J. Marcuse-Mannheim: Verfasser redet dem von Boss u. a. empfohlenen Gonosan das Wort. Er hat das Mittel bei 28 Patienten angewandt und stets einen günstigen Einfluß konstatiert. Bei 16 Fällen wurde bei ausschließlicher interner Behandlung binnen durchschnittlich fünf bis sechs Wochen Heilung erzielt. Von den anderen zehn Fällen hatten vier bereits eigenmächtig mit Einspritzungen angefangen, zwei derselben akquirierten eine Urethritis posterior. Den restierenden sechs Patienten wurden vom Verfasser, nachdem die Gonosanbehandlung fünf bis sechs Wochen mit besserndem, aber nicht heilendem Erfolge durchgeführt worden war, Injektionen mit Protargal resp. Kalium permang. verordnet. Namentlich ist noch hervorzuheben, daß das Gonosan den Magen nicht belästigt und auf den Reizzustand in der Harnröhre sehr günstig einwirkt. M. gab auch pro die sechs bis zehn Kapseln zu 0,3.

Bericht über den II. Kongreß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, München, d. 17. u. 18. März 1905, von Riss-Stuttgart. (Schon referiert.)

Einige dunkle Punkte in der gegenwärtigen Lehre von der Syphilis, von Herrmann-Rostow am Don und Steinborn-Thorn. Die Arbeit des russischen Kollegen ist von S. ins Deutsche übertragen und mit einigen Randbemerkungen versehen. Es wird darin unter Anführung von einzelnen Krankengeschichten demonstriert, daß man auf die Induration beim Diagnostizieren eines Primärsyphilids sich nicht verlassen darf, daß die Vereiterung von Bubonen nicht ein absolutes Kriterium für ein vorausgegangenes Ulcus molle darstellt, daß bei Tabes die Anamnese sehr häufig das vorherige Bestehen eines weichen Schankers ergeben habe, und schließlich, daß Syphilis nicht ganz selten ohne den Nachweis eines Schankers in die Erscheinung tritt. Es sind dies lauter nicht ganz neue Erfahrungen, doch erscheint es nicht überflüssig, gelegentlich wieder darauf hinzuweisen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 5.

Die Symbiosis Fuso-spirillaris, von H. Vincent. Vincent hat im Jahre 1896 zuerst die Symbiose des Bacillus fusiformis mit einem Spirillen beobachtet und

beschrieben. Der Bacillus hat, wie sein Name besagt, eine Spindelform, gedeiht in verschiedenen Kulturen, vermehrt sich durch Spaltung, ist unbeweglich. Der Spirillus, mit dem er fast immer zusammen vorkommt, ist dagegen sehr beweglich, läfst sich aber nicht kultivieren. Beide nehmen keine Gram-Färbung an. Der Bacillus fusiformis ist weit verbreitet; er findet sich im Mund und Darm gesunder Menschen und Tiere und, wie der Tetanusbacillus, auch in der Erde. Während er allein dem gesunden Organismus kaum Gefahren bringt — V. hat ihn, ohne den geringsten Nachteil, auf seinen eignen Körper verimpft —, kann er, im Zusammenwirken mit andern Mikroorganismen und besonders mit dem Spirillus, die gröfsten Verwüstungen anrichten und eine Reihe der gefährlichsten Erkrankungen bewirken. V. sieht in ihm, oder in den beiden, den Urheber des Hospitalbrands und des Tropengeschwürs, der Angina Vincenti, der Stomatitis ulcero-membranacea, der Noma, der Gangrän des Mundes und der Lungen, auch kann er endlich Anlafs zu lange dauernden Eiterungen geben.

Ein reichhaltiges Literaturverzeichnis und eine farbige Tafel sind der Arbeit beigegeben.

Ein Fall von Lepra, von Rochet und J. Billet-Lyon. Der Fall von Lepra, über den die Verfasser eingehend berichten, betraf einen 40jährigen Mann, der sich die Krankheit aus Französ. Guyana, wo er bei den Kolonialtruppen diente, in seine Heimat mitgebracht hatte. Der Fall bietet das klassische Bild der Lepra, Facies leonina, zahlreiche intra- und subcutane Leprome, Hypästhesie, stellenweise Störung des Thermalgefühls, starker Kräfteverfall, Apathie. Die Behandlung — Jodkalium, Arseneisen, Chaulmoograöl innerlich, subcutan Jodoformöl — war ganz machtlos, so dafs die Verfasser die Arbeit mit der Aussicht auf den baldigen Autopsiebericht schliefsen.

Dermatitis pustulosa praemycosica, von Ch. Audry. Die Patientin, bei der jetzt die Mykosis fungoides deutlich ausgesprochen ist, bekam 1900, im Alter von 46 Jahren, zuerst rote Flecke im Gesicht, die verschwanden und schubweise wieder auftraten; dabei heftiges Brennen im Gesicht und auf der Kopfhaut. Als dieser Anfall nach etwa zehn Wochen vorüber war, entstand auf den Hand- und Fufsflächen ein lebhaft brennendes Ekzem, das zeitweise auch im Gesicht erschien. Nachdem dieser Zustand unter zunehmender Verschlimmerung ungefähr $1^1/_2$ Jahre angehalten hatte, ging die Patientin ins Krankenhaus. Hier entwickelten sich nun nach einiger Zeit auf den Armen und Unterschenkeln kleine, stecknadelkopfgrofse Pusteln, die nach einigen Tagen, unter Hinterlassung blauer Flecken, wegtrockneten, um bald wieder neu zu erscheinen. Jede Behandlung blieb erfolglos. Die Patientin hatte dann noch verschiedene schwere Anfälle von Erythem und universalem Ekzem durchzumachen, namentlich nach Mineralbädern in Luchon, bis im November 1904 die ersten Symptome der beginnenden Mykosis fungoides auftraten. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 6.

1. **Die intravesikale Scheidung des Urins; ihr Wert für die Diagnose des anatomischen und funktionellen Zustandes der Niere,** von Th. Tuffier und A. Mauté. Die Resultate, welche die methodische Untersuchung der durch einen Harnsegregator entleerten Urinproben ergibt, ermöglichen nach Ansicht der Verfasser niemals ein absolut sicheres Urteil darüber, ob die Nieren gesund sind oder nicht; sie haben lediglich relativen Wert, sie gestatten nur einen Vergleich der Funktionsfähigkeit und anatomischen Beschaffenheit der zwei Nieren und geben darüber Aufschlufs, in welchem Mafse jede Niere an der gesamten Harnausscheidung beteiligt ist.

Behufs Feststellung der Funktionsfähigkeit wird für jede Seite die Menge des durch den Segregator entleerten Harns und seine molekuläre Konzentration, sein Gefrierpunkt, bestimmt; das Produkt der für Harnmenge und Gefrierpunkt gefundenen Werte gibt die während der Probezeit geleistete Arbeit an, und die Niere, die in dieser Zeit die gröfsere Arbeit leistet, hat als die besser funktionierende zu gelten. Dabei ist jedoch zu beachten, dafs manchmal Polyurie auf Seite der kranken Niere besteht, und dafs dann ihre Arbeit im ganzen genommen, also Produkt von Harnmenge und Gefrierpunkt, ebenso grofs und selbst gröfsar sein kann als die Arbeit der anderen gesunden Seite; in solchen Fällen könnte die kranke Niere leicht für die besser funktionierende gehalten werden, wenn nicht die molekuläre Konzentration des Urins der kranken Seite an sich stets um ein Drittel oder selbst um die Hälfte niedriger wäre als auf der gesunden Seite. Wenn, wie es vorkommt, der Segregator nicht allen von den Nieren ausgeschiedenen Urin nach aufsen entleert, dann müssen die Resultate der Untersuchung natürlich ungenau werden. Den Patienten vor Einführung des Segregators reichlich Flüssigkeit trinken zu lassen, damit mehr und rascher Harn ausgeschieden wird, ist nach Ansicht der Verfasser durchaus falsch, weil die künstlich erzeugte Polyurie etwaige Differenzen in der Beschaffenheit der beiden Harnproben mehr oder weniger ausgleicht. Dagegen empfiehlt es sich, in Fällen, in denen eine Niere in ihrer Funktionsfähigkeit sehr schwer geschädigt ist und nur mehr eine ganz dünne, an festen Bestandteilen arme, stets ziemlich gleichförmig zusammengesetzte Flüssigkeit ausscheidet, in den letzten vier bis fünf Stunden vor Einführung des Segregators halbstündlich Milch in mäfsiger Menge unter Ausschlufs jeder anderen Nahrung zu verabreichen; man erzielt dadurch für eine gewisse Zeit eine gleichmäfsige Zusammensetzung des Urins auch auf der gesunden Seite. Eine eingehendere chemische Analyse der beiden Harnproben hat für die Beurteilung der Funktionsfähigkeit der Nieren kaum einen Wert; immerhin mag auch die Harnstoffmenge bestimmt werden. Da der intravesikal getrennte Urin fast stets Blut vesikalen Ursprungs und damit auch Albumen enthält, kann nur ein gröfserer Eiweifsgehalt auf einer Seite als renale Eiweifsausscheidung betrachtet werden. Die Frage, ob eine Geschwulst in der Nierengegend ein Nierentumor ist oder nicht, kann niemals durch die Feststellung der Funktionsfähigkeit der Niere entschieden werden; denn einerseits kann trotz des Vorhandenseins eines circumskripten Nierentumors die Niere in normaler Weise funktionieren, andererseits genügt eine ganz leichte Behinderung der Blutzirkulation, wie sie sehr häufig durch einen pararenalen Tumor hervorgerufen wird, um schwere Veränderungen der Harnsekretion und selbst Albuminurie zu erzeugen; diese Veränderungen sind manchmal intermittierend, wenn nämlich die Niere nur bei bestimmten Stellungen des Patienten durch die Geschwulst komprimiert wird.

Über die anatomische Beschaffenheit der Nieren gibt die mikroskopische Untersuchung der beiden Harnproben Aufschlufs. Diese weisen stets, auch wenn die Nieren vollkommen gesund sind, ein starkes Sediment auf, bestehend aus roten und weifsen Blutkörperchen und kleinen rundlichen Blasenepithelien. Finden sich kleine, rundliche, epitheliale Zellen auf einer Seite in wesentlich gröfserer Anzahl, dann handelt es sich um Nierenepithelien. Das Vorhandensein von Blutcylindern auf einer Seite mufs als Symptom einer renalen Hämaturie betrachtet werden. Bei Zirkulations- und Funktionsstörungen, die durch einen pararenalen Tumor verursacht sind, finden sich im Urin der betreffenden Seite nicht selten hyaline und Schleimcylinder, auch wenn die Niere selbst intakt ist.

Die Resultate der bakteriologischen Untersuchung des intravesikal getrennten Urins sind niemals einwandfrei.

2. **Die rektale Untersuchung, ein diagnostisches und therapeutisches Mittel bei der akuten blennorrhoischen Urethritis,** von PAUL LEBERTON. Das Fortschreiten des blennorrhoischen Prozesses auf den hinteren Harnröhrenteil und die Prostata läßt sich nach L. durch die rektale Untersuchung frühzeitig und mit Sicherheit erkennen. Sobald nämlich diese Partien erkrankt sind, ruft Druck vom Rektum aus Schmerz hervor. Ist die Pars posterior urethrae allein ergriffen, dann ist die Prostata nur in der Mittellinie druckempfindlich, die Schmerzen strahlen zumeist längs der ganzen Harnröhre aus. Ist die Entzündung auf die Drüse selbst übergegangen, so erzeugt der Druck auch an den seitlichen Partien der Prostata Schmerzen, die nach dem Anus oder dem Perineum zu ausstrahlen. Tritt Druckschmerz nur an den seitlichen Prostatalappen, nicht aber in der Mittellinie auf, dann ist die Entzündung im hinteren Harnröhrenteil bereits abgeklungen, dauert aber in der Drüse selbst fort. Die Erkrankung ist stets da am schwersten, wo der Druckschmerz am größten ist.

L. hat bisher 200 Kranke mit Blennorrhoe gleich bei Beginn der Behandlung per rectum untersucht; er fand eine Erkrankung der Pars posterior urethrae mit oder — seltener — ohne Erkrankung der Prostata in 58,9% der Fälle, in denen die Blennorrhoe seit 1—8 Tagen bestand, in 77,4, 88,8 und 85,7%, wenn die Blennorrhoe vor zwei bezw. drei oder vier Wochen begonnen hatte, bei 60% der Kranken mit 5—8 Wochen alter Blennorrhoe, endlich in 75 und 66% der Fälle, in denen der Tripper seit 2—12 Monaten bezw. seit mehr als einem Jahre andauerte; im ganzen bei 75% der 200 Patienten.

Die rektale Untersuchung ermöglicht die Feststellung einer beginnenden Prostatitis zu einer Zeit, in der durch geeignete Behandlung die Weiterentwicklung der Infektion, der Eintritt von Eiterung zumeist noch verhindert werden kann; diese Behandlung besteht in methodischer Massage oder besser Expression der Prostata vom Rektum aus. Ist bereits ein Abscefs im Innern der Prostata vorhanden, dann ist die Massage, sofern der Abscefs noch geschlossen ist, kontraindiziert; ist er aber schon in die Harnröhre durchgebrochen, so wird man versuchen, durch Expression eine vollständige Entleerung des Eiterherdes herbeizuführen. Gelingt das nicht, dann ist, wie bei geschlossenem Abscefs, die transversale Perineotomie angezeigt.

3. **Über die akuten nicht-blennorrhoischen Urethritiden,** von TH. VANNOD-Bern. V. unterscheidet:

I. akute nicht-blennorrhoische Urethritiden mit deszendierender Infektion:
   1. Urethritiden bei Allgemeinerkrankungen (Typhus, Rheumatismus usw.),
   2. Urethritiden ab ingestis, sofern sie nicht, was zumeist der Fall ist, infolge von Alkoholgenufs rezidivierende Blennorrhoen sind.

II. akute nicht-blennorrhoische Urethritiden mit aszendierender Infektion:
   1. traumatische Urethritiden,
   2. venerische, d. h. durch einen Coitus entstandene Urethritiden:
      a) aseptische
      b) infektiöse
      } venerische, nicht-blennorrhoische Urethritiden.

Als Erreger von infektiösen nicht-blennorrhoischen Urethritiden wurden bisher Bacterium coli, Diplokokken und Streptokokken, Diphtheriebazillen, Staphylokokken und Enterokokken nachgewiesen. V. selbst hat einen Fall beobachtet, der durch Staphylococcus albus verursacht war. Der Fall betraf einen 34jährigen Mann, der mehrfach an Blennorrhoe gelitten hatte, aber seit langer Zeit frei von Gonokokken war. Wenige Tage nach Beendigung einer Dilatationskur trat bei dem Manne im Anschlufs an einen Coitus und reichlichen Champagnergenufs ein aufserordentlich starker eitriger Ausfluß auf, mit dem Urin wurden überdies sehr lange und sehr

dicke weißliche Membranen entleert, die ebenso wie das Harnsediment enorme Mengen von Staphylococcus albus enthielten. Durch Janetsche Spülungen mit 0,15 bis 0,75 ‰iger Ichthargan-Lösung wurde Heilung erzielt. V. glaubt, daß in diesem Falle die Urethra durch die vorausgegangenen Blennorrhoen für die Erkrankung prädisponiert und speziell durch die Dilatationskur in einen Kongestionszustand versetzt war, der die Infektion begünstigte.

4. **Infektiöse polymikrobielle Prostatitis und Cystitis, Heilung,** von Benoit du Martouret. Mitteilung über einen Fall von alter Urethritis, Prostatitis und Cystitis mit Gonokokken, Bacillus ureae, Kolibakterien und Mikrokokken im eitrigen Harnsediment. Der Fall wurde in der Heilanstalt „Le Martouret" durch die dort gebräuchliche Kur, bestehend in Harzdampfbädern, feuchten Packungen, kalten Douschen und innerlichem Gebrauch des Mineralwassers „La Vinginale" zur Heilung gebracht.

1905. Heft 7.

1. **Urotropin und Helmitol: ihre therapeutische Wirkung nach den Resultaten der experimentellen Untersuchungen und der klinischen Beobachtungen,** von F. P. Guiard. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Neues Verfahren zur Korrektion der Stellung der cystoskopischen Bilder,** von Paul Denis-Brüssel. D. empfiehlt, um cystoskopische Bilder in einer der Wirklichkeit entsprechenden Stellung zu fixieren, folgendes Verfahren: Die eine polierte Seite einer Glasplatte wird an der Peripherie ringsum durch Auftragen von Firnis geschwärzt, so daß nur eine runde, dem Gesichtsfeld des Cystoskops entsprechende Fläche frei bleibt; der vertikale Durchmesser dieser Fläche wird durch einen roten Strich markiert. Auf der anderen matten Seite der Glasplatte zeichnet man, nachdem der vertikale Durchmesser parallel der sagittalen Ebene des Kranken gelegt ist, das cystoskopische Bild auf und bringt hierzu noch einen Durchmesser an, der genau die Lage des Index des Cystoskops wiedergibt. Kehrt man nun die Glasplatte wieder um und dreht sie so weit, daß der Indexdurchmesser parallel der sagittalen Ebene des Kranken liegt, dann entspricht die Stellung des Bildes, das man durch das Glas hindurch sieht, den natürlichen Verhältnissen. (Die richtigen Zeichnungen zu dem kleinen Aufsatz finden sich in Heft 8.)

3. **Retrovesikaler Abscefs, spontane Darmperforation nach Eröffnung des Abscesses,** von Nicolich-Triest. N. fand bei einem 28jährigen Manne einen die ganze untere Partie des Abdomens ausfüllenden Tumor, der sich bei der Operation als retrovesikaler Abscefs erwies. Vier Tage nach der Eröffnung zeigte sich im oberen Winkel der Inzisionswunde eine Darmfistel, die vernäht wurde, nachdem sich die Abscefshöhle geschlossen hatte. Die Natur des Abscesses blieb ebenso wie die Ursache der Darmperforation unaufgeklärt.

1905. Heft 8.

1. **Einige Worte über die Onanie,** von Ch. Féré-Bicêtre. F. betrachtet die Onanie als eine unschickliche und unsaubere Gewohnheit, die stets bekämpft werden muß, die aber durchaus nicht immer und unter allen Umständen schädlich oder gefährlich ist. Insoweit werden F. wohl sehr viele oder die meisten Ärzte recht geben, nicht aber, wenn er behauptet, „es ist nicht zweifelhaft, daß die Onanie sich nur bei Idioten oder Dementen zeigt". Daß die Onanie in der Pathogenese nervöser Störungen eine Rolle spielen und eine Verschlimmerung bestehender nervöser Affektionen verursachen kann, ist sicher; so kann man nach F. beobachten, daß mit der Onanie Epilepsie sich einstellt und mit der Unterdrückung des Lasters wieder verschwindet. Die Gewohnheit, zu masturbieren, kann ferner nach F.s Beobachtungen zu einer Schädigung des normalen Geschlechtstriebes und sogar zu sexuellen Perversionen führen.

2. **Die Stovainisierung des Rückenmarks bei den Krankheiten der Harnwege**, von Pierre Hérescо und L. Stromінger-Budapest. Die Verfasser haben bei neun Patienten Operationen an den Harnorganen (Eröffnung eines perinealen und eines Harnabscesses, Inzision einer prävesikalen Phlegmone, Urethrotomia externa in zwei Fällen, Nephropexie, Sectio alta, Operation einer Hypospadie, Spermatocystektomie) unter Spinalanalgesie, erzeugt durch Injektion von Stovainlösung, ausgeführt. Zwar war in all' diesen Fällen die Anästhesierung eine vollkommene — in zwei weiteren Fällen mifslang sie, einmal infolge eines Fehlers in der Technik —, doch zeigten sich in der Mehrzahl der Fälle unangenehme Nebenerscheinungen, wie Temperatursteigerung, Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, in einigen Fällen auch Lähmung des Sphincter ani, Myosis, Gefühl von Erschlaffung der unteren Extremitäten, Schmerzhaftigkeit und Kontraktur des Musculus tibialis anterior, Erschwerung und Schmerzhaftigkeit der Atmung und Vermehrung der Zahl der Atemzüge, Schlaflosigkeit. Wenn auch diese Erscheinungen mit Ausnahme der Schmerzen im M. tibialis ziemlich rasch wieder verschwanden, so sind die Verfasser doch nicht mehr geneigt, die Methode, der sie von vornherein Mifstrauen entgegenbrachten, noch weiter anzuwenden.

1905. Heft 9.

1. **Urotropin und Helmitol: ihre therapeutische Wirksamkeit nach den Ergebnissen der experimentellen Untersuchungen und der klinischen Beobachtungen**, von F. P. Guiard. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Über die Behandlung der Prostatiker im Stadium der inkompletten, chronischen, aseptischen Retention mit Dilatation der Blase**, von Nicolich-Triest. N. hat vor einiger Zeit in den *Ann. génito-urin.* (1904, Heft 19) mitgeteilt, dafs er in einem Falle von inkompletter, chronischer, aseptischer Harnretention mit Dilatation der Blase bei einem Prostatiker durch transvesikale Prostatektomie Heilung erzielt hat. Unterdessen hat er drei analoge Fälle durch die gleiche Operation der Heilung zugeführt, und er ist infolgedessen jetzt fest überzeugt, dafs dieses Verfahren bei der genannten Form des Prostatismus, der schwersten und gefährlichsten, jeder anderen Methode, namentlich auch der sukzessiven Entleerung der Blase, weitaus überlegen ist. Bei keinem der vier Kranken, bei denen die transvesikale Prostatektomie ausgeführt wurde, trat nach der Operation irgendwelche Komplikation auf, alle vier Patienten konnten nach Verlauf von 17—30 Tagen den Urin spontan und vollständig entleeren, in allen vier Fällen wurde das spezifische Gewicht des Harns, das vor der Operation sehr niedrig gewesen war, höher. Der Eingriff soll vorgenommen werden, ohne dafs vorher ein Katheter oder Bougie zur Untersuchung in die Blase eingeführt wird. Das Verfahren ist folgendes: Hoher Steinschnitt, Inzision der Blase entfernt vom Blasenhals, weil sich dann die Wunde leichter schliefst, Totalexstirpation der Prostata nach Freyer und feste Tamponade der Blase mit Jodoformgaze; weder die Blasen- noch die Bauchwunde wird vernäht, ein Verweilkatheter wird nicht eingelegt. Die Gaze entfernt N. nach drei Tagen; in seinen ersten Fällen tamponierte er dann die Blase noch eine Woche lang alltäglich von neuem, in den letzten Fällen dagegen führte er nach Beseitigung der bei der Operation eingelegten Gaze nichts mehr in die Blase ein, sondern bedeckte die Wunde nur noch mit Jodoformgaze und Watte, die alle drei Stunden erneuert wurden. Die Blasenwunde schlofs sich durchschnittlich nach 20 Tagen, die Bauchwunde nach 35 Tagen; 10—12 Tage nach der Operation konnten die Patienten aufstehen.

Die perineale Prostatektomie, die Pauchet zur Behandlung der Prostatiker mit inkompletter, chronischer, aseptischer Retention und Dilatation der Blase empfiehlt, steht nach N. der transvesikalen Operation durchaus nach; die letztere, die allein die sehr wichtige Tamponade der Blase ermöglicht, ist leichter auszuführen und ungefähr-

licher, führt rascher zum Ziel und erreicht ein vollkommeneres Resultat. Von den drei von Pauchet auf perinealem Wege Operierten kann keiner seine Blase vollständig entleeren, wohl aber die vier von N. Operierten; die Ursache dieser Differenz ist wohl darin zu suchen, daſs die Prostata vom Perineum aus nicht immer, auf transvesikalem Wege aber stets vollständig entfernt werden kann.

3. **Ein Fall von Echinococcuscyste in der Umgebung der Prostata; Operation und Heilung,** von Béla Kaveczky-Budapest. Beschreibung eines Falles von Echinococcuscyste, die ihren Sitz in dem Bindegewebe zwischen Prostata und Rektum hatte und erst nach Inzision der Prostatakapsel eröffnet werden konnte. Der Tumor, der bei leerer Blase auch durch die Bauchwand hindurch fühlbar war, hatte etwa Kindskopfgröſse und lieſs deutlich Fluktuation erkennen; er verursachte wiederholt Harnretention und erschwerte die Stuhlentleerung. Die Cyste wurde vom Perineum aus exstirpiert, ein Verfahren, das der Operation per rectum entschieden vorzuziehen ist.

4. **Bemerkung über einen Fall von schwerer Hämaturie hämophiler Natur infolge einer Bougierung,** von A. Malherbe-Nantes. Bei einem 34jährigen Bäcker, der, wie sich nachträglich herausstellte, Bluter war, trat nach Einführung eines Metallbougies in die Urethra eine schwere Hämaturie auf, die, acht Tage andauernd, das Leben des Kranken aufs äuſserste bedrohte. Einlegung eines Verweilkatheters, Blasenspülung mit einer Lösung von Liquor Ferri sesquichlorati, Injektion von Ergotin, Infusionen von Kochsalzlösung, Gebrauch von Chinin, Digitalis und Adrenalin blieben ohne Wirkung; dagegen stand die Blutung nach und wahrscheinlich infolge der Verabreichung von chlorsaurem Calcium (6 g in wässeriger Lösung). Das Blut stammte zweifellos aus einem durch das Bougie verletzten Gefäſse des Blasenhalses.

Götz-München.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1905. Band V, Nr. 7.

Ein Fall von Dermatitis artificialis durch äuſsere Einwirkung von Eosin, ein seltenes ätiologisches Moment, von Monel-Paris. Eine etwas zu Korpulenz und leichter Schweiſsbildung neigende Dame zeigte auf dem Sternum und der Umgebung in einiger Ausdehnung eine intensive Rötung der Haut und klagte über heftiges Jucken. Sie hatte 36 Stunden zuvor einen Ball mitgemacht, wobei sie infolge groſser Hitze heftig transpirierte. Die Materia peccans aber war an der reichverzierten, bunten Ballkarte zu suchen, welche sie beim Tanzen in die Corsage steckte. Die chemische Untersuchung wies zweifellos das Vorhandensein von Eosin nach. Die Hautaffektion heilte prompt ab.

Die Behandlung des Lupus mittels Kaliumpermanganat, von L. Butte-Paris. (Schluſs.) Im Jahre 1903 veröffentlichte B. eine Arbeit in den *Ann. de thérap. dermat. et syph.* (welche seinerzeit in den *Monatsheften* referiert wurde) und betonte dabei, daſs seiner Meinung nach die günstige Wirkung des Mittels auf dessen stark oxydierende Eigenschaften, die Folgen des dabei frei werdenden Ozons in statu nascendi zurückzuführen sei. Auch Hall Edwards hat im selben Jahre über erfreuliche Resultate mit dieser Methode im *Brit. med. Journ.* berichtet. Desgleichen hat Pautrier elf Patienten der Behandlung mit gewissen Modifikationen unterzogen. Das folgende Jahr brachte wieder Berichte aus der Hallopeauschen Klinik, und B. selbst hat unausgesetzt weiter damit gearbeitet. Als einzige Nachteile sind dabei zu nennen eine gewisse Schmerzhaftigkeit bei Verwendung gar zu konzentrierter Lösungen oder des Salzes in Substanz und die dabei entstehende Verfärbung der Haut. Ersterer Übelstand läſst sich bei einiger Vorsicht vermeiden, und die Verfärbung kann durch Waschungen mit Natrium

bisulphit (oder mit einer Lösung von Oxalsäure. Ref.) beseitigt werden. Die promptesten Resultate erzielt man bei hypertrophischem, ulceriertem, krustenbildendem Lupus, während die Fälle mit tiefliegenden Knötchen und derber Infiltration weniger zugängig sind und die Anwendung von Skarifikationen erfordern. Die Technik ist bei der ersten Art etwa folgende: Nach gründlicher Reinigung mit heifsem Wasser und Seife oder auch mit einer Sublimatlösung (0,3) in Tinct. benzoës (5,0), Tinct. sapon. (50,0) und Aq. dest. (200,0) wird die Stelle fünf Minuten lang mit einer heifsen Lösung von Kalium permang. (1 : 100 bis 1 : 50) gewaschen und dann mit Kompressen bedeckt, welche mit der Lösung (1 : 50 oder 1 : 30) getränkt sind. Diese werden mit wasserdichtem Stoff bedeckt und bleiben unter mehrmaligem, alle fünf Minuten ausgeführtem Wechseln eine Viertelstunde bis 20 Minuten liegen. Das ist morgens und abends vorzunehmen. Alle zwei Tage wird abends statt der Kompresse eine Salbe von Kal. perm. in Aluminiumgelatine (1 : 100) aufgetragen. Wenn Skarifikationen nötig sind, wird nach Ausführung derselben sofort nach Stillung der Blutung eine Mischung von Kal. perm. mit Natriumsilicat (5 : 100) aufgelegt. An den folgenden Tagen wird abwechselnd abends das Einsalben und das Auflegen von Kompressen vorgenommen. Nach acht Tagen kann wieder skarifiziert werden. Beim Lupus erythematodes kommen beide Modifikationen je nach Bedarf zur Anwendung.

1905. Band V, Nr. 8.

Eigenschaften und Gefahren der venerischen Krankheiten. Ratschläge zur Vermeidung derselben, von L. Butte-Paris. Verfasser veröffentlicht hier nach einigen einleitenden, allgemeinen Bemerkungen eine von J. Janet verfafste Übersetzung des bekannten Merkblatts der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1905. Heft 4.

1. **Ein Fall von diffuser Sklerodermie. Beträchtliche Besserung durch Behandlung mit Schilddrüse,** von P. Ménétrier und Louis Bloch. Bericht über einen Fall von diffuser Sklerodermie bei einer 27jährigen Näherin, kompliziert durch eine seit mehreren Jahren bestehende Mitralinsuffizienz und -Stenose. Die Veränderungen der Haut, die am Halse begannen und sich im Verlaufe von drei Wochen über das Gesicht, die oberen Extremitäten und den ganzen Rumpf ausgebreitet und auch auf die Schleimhaut der Lippen, der Zunge und der Wangen übergegriffen hatten, waren die des Stadium elevatum; sie schritten zusehends immer weiter fort, bis mit der Schilddrüsenbehandlung begonnen wurde. Diese brachte sehr rasch Besserung; zuerst nahm die Verdickung der Haut ab, dann wurde die Haut auch weicher und geschmeidiger; das Körpergewicht nahm zu, die funktionellen Störungen, die ziemlich hochgradig gewesen waren, wurden geringer, während die Atrophie der Muskeln unbeeinflufst blieb. Verabreicht wurde rohe, gehackte Hammelschilddrüse in warmer Bouillon, zuerst zu 0,5, dann zu 1,0 und schliefslich zu 2,0 pro die; nach achttägigem Gebrauch wurde immer eine Woche mit dem Mittel pausiert. Die Frequenz des Pulses, die bei der Kranken in der Norm 98—110 Schläge betrug, stieg in den Wochen, in denen Schilddrüse genommen wurde, auf 120—130 Schläge, um während der Pausen zur Norm zurückzukehren. Sonstige Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Die Behandlung des Falles ist noch nicht abgeschlossen, sie soll in der gleichen Weise fortgesetzt werden.

Die Verfasser glauben, dafs die Fälle von Sklerodermie, in denen die Haut, wie in dem beschriebenen Fall, ein ödematöses Aussehen hat, möglicherweise auf eine

Veränderung der Schilddrüse zurückzuführen sind; wie auch aus anderweitigen Beobachtungen hervorgeht, scheinen diese Fälle, die eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Myxödem zeigen, ein dankbares Objekt für die Behandlung mit Schilddrüse zu sein.

2. **Über die Ursachen der Irrtümer und über die Methodik in der Therapie**, von LEREDDE. L. hat von der Therapie in der heutigen Medizin eine recht geringe Meinung, und zwar sowohl von der Therapie der einzelnen Ärzte als auch von der Therapie, wie sie in Büchern und Aufsätzen gelehrt und beschrieben wird. Die Hauptursachen der Irrtümer, die in so grofser Zahl gemacht werden, liegen seiner Ansicht nach darin, dafs der Begriff „Heilung" nicht streng genug oder nicht richtig gefafst wird, dafs die Krankheiten nicht immer richtig diagnostiziert und klassifiziert werden, dafs viel zu oft nach dem trügerischen Grundsatz „post hoc, ergo propter hoc" geurteilt wird, dafs endlich sehr häufig aus einzelnen Beobachtungen ganz mit Unrecht allgemeine Schlüsse gezogen werden. Eine grofse Zahl der Irrtümer in der Therapie kann in Zukunft vermieden werden, wenn die verschiedenen, für eine bestimmte Krankheit vorgeschlagenen Behandlungsmethoden streng sachlich und wissenschaftlich miteinander verglichen werden. Das geschieht, indem jede Methode bei einer Serie von Fällen angewandt wird; natürlich dürfen die Fälle für die Serien nicht willkürlich ausgewählt werden.

1905. Heft 5.

1. **Die vegetarische Diät bei der Behandlung der Akne rosacea**, von LEREDDE. L. hat bei allen Frauen mit Kupfernase, die während der letzten $1^1/_2$ Jahre in seine Behandlung kamen, unter Vermeidung jeder eingreifenden lokalen Therapie lediglich eine ziemlich strenge vegetarische Diät (grüne Gemüse, Brot, Gebäck und Obst, dazu täglich zwei Eier und frischen Käse, keinen Alkohol) verwendet und war mit dem Erfolge sehr zufrieden; es kamen etwa 80% der Fälle zur Heilung. Die Besserung begann meist schon nach einem Monat.

2. **Akne urticata**, von LUDWIG WAELSCH-Prag. Aus dem Deutschen übersetzt von RENÉ MARTIAL. Ein Referat über den Aufsatz, der im *Arch. f. Derm. u. Syph.* (Band 72, Heft 3) erschienen ist, befindet sich Band 40, Nr. 4, S. 193 der *Monatshefte*.

3. **Über die syphilitische progressive Paralyse.** Bericht über einen Vortrag FOURNIERS und die daran sich anschliefsende Diskussion (Académie de médecine, Sitzungen vom 21. und 28. Februar und 7. März 1905), erstattet von RENÉ MARTIAL. Der Artikel wird fortgesetzt. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Nr. 7.

1. **Die blennorrhoische Pleuritis**, von LEMOINE und GALLOIS-Lille. Nach einer Zusammenstellung der wenigen bisher bekannt gewordenen Fälle von blennorrhoischer Pleuritis teilen die Verfasser die Krankengeschichte eines 35jährigen Mannes mit, bei dem etwa neun Monate nach einer blennorrhoischen Infektion eine exsudative Pleuritis aufgetreten war. Die Affektion zeichnete sich durch aufserordentliche Hartnäckigkeit aus, das Exsudat erneuerte sich nach der Punktion immer wieder und immer schneller; es mufste anfänglich alle zwei Monate, dann alle Monate, schliefslich sogar alle zwei Tage punktiert werden, wobei jedesmal zwei bis fünf Liter Flüssigkeit entleert wurden; der Harn war andauernd spärlich und eiweifshaltig. Erst nach ungefähr siebenmonatlicher Dauer der Krankheit wurde das Exsudat bakteriologisch untersucht; es enthielt Gonokokken in Reinkultur. Eine Pleurotomie mit Rippenresektion brachte keine Besserung; durch die Drainage entleerten sich fortwährend grofse Mengen von Flüssigkeit, aber auch Eiter und Pseudomembranen, es stellte sich Fieber ein, die Harnmenge nahm ab, der Eiweifsgehalt des Urins stieg, der Kranke wurde ikterisch,

das Sputum bekam fötiden Geruch, und sieben Wochen nach der Operation starb der Mann im Delirium.

Der Fall ist der vierte, in welchem die Diagnose „blennorrhoische Pleuritis" bakteriologisch sichergestellt ist.

2. **Die chirurgische Behandlung der Nephritiden**, von Victor Pauchet-Amiens. P. hat bei Nierenaffektionen durch chirurgische Behandlung mehrfach gute Erfolge erzielt; er faßt seine Anschauungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die chronischen Nephritiden werden durch chirurgische Behandlung, d. h. durch Dekapsulation der Nieren oft gebessert, vielleicht sogar geheilt. Die Operation, die auf beiden Seiten in einer Sitzung vorgenommen wird, ist ungefährlich.

2. Die nephritische Hämaturie wird mit Inzision der Niere und Exzision der Kapsel behandelt. Die Operation gestattet in erster Linie, genau festzustellen, ob Carcinom, Tuberkulose, Nierenstein oder Nephritis die Ursache der Blutung ist; sie hat, gleichviel, welche von diesen vier Affektionen vorliegt, das Aufhören der Blutung während der nächsten Tage zur Folge und bewirkt, wenn es sich um Nephritis handelt, eine tatsächliche Besserung.

3. Urämie wird behandelt mit Exstirpation der Kapsel der weniger kranken Niere. Der Eingriff bewirkt ein Sinken der arteriellen Spannung und Steigerung der Diurese und bringt den Kranken über das gefährliche Stadium hinweg; sind die urämischen Erscheinungen verschwunden, dann wird die Diät das ihrige leisten. Kranke mit herabgesetzter arterieller Spannung und dilatiertem Herzen dürfen nicht operiert werden.

3. **Die Behandlung der senilen Prostatitis**, von A. Guépin. Kurzer Auszug aus dem eben erschienenen Buche G.s, „Die Behandlung der senilen Hypertrophie der Prostata" (F. Alcan, Paris 1905). G. unterscheidet drei Stadien der senilen Prostatitis (Prostatahypertrophie); die Behandlung des ersten Stadiums muß daraufhin gerichtet sein, daß jede Stagnation in den Drüsen beseitigt wird und die Drüsen desinfiziert werden. Das geschieht durch Applikation von Medikamenten per rectum und Massage der Prostata; durch entsprechende Hygiene und Diät muß die Neigung zu Kongestionszuständen im kleinen Becken und besonders in der Prostata bekämpft, durch Medikamente die allgemeine Körperbeschaffenheit in gewünschtem Sinne beeinflußt werden. Im zweiten Stadium kommt die operative Behandlung in Frage, durch die aber auch im günstigsten Falle nur Besserung, keine Heilung erzielt wird. Die einzige Operation, die zu empfehlen ist, ist nach G. die perineale Prostatektomie; nach derselben muß die Blase ziemlich lange von der perinealen Wunde aus drainiert werden. Die Behandlung des dritten Stadiums besteht in methodischer Katheterisierung. — Einzelheiten über all diese Punkte werden in dem vorliegenden kurzen Artikel nicht angeführt.

4. **Über die Anwendung der Urethroskopie bei der Untersuchung der Harnblase und bei der Behandlung der Cystitiden des Weibes**, von Georges Luys Die direkte Besichtigung der trockenen Blasenschleimhaut mittels eines einfachen Endoskops hat vor der Untersuchung mit dem Cystoskop mehrfache Vorteile; sie ist auch bei stark entzündeter Blase mit sehr geringer Kapazität möglich und gestattet, Medikamente, namentlich Ätzmittel, direkt und unverdünnt auf umschriebene Stellen zu applizieren. Die Katheterisierung der Ureteren ist mit Hilfe des Urethroskops sehr leicht, und da der Katheter durch die nur mit Luft gefüllte Blase direkt in die Harnleitermündung eingeführt wird, ist eine Verschleppung von Keimen in die oberen Harnwege unmöglich.

L. hat zur Untersuchung der Blase des Weibes und zur Behandlung von Cystitiden bei Weibern ein neues Urethroskop konstruiert, bestehend aus einem gewöhn-

lichen, geraden Tubus, der mit einem Konduktor versehen in die Harnröhre eingeführt wird, und einer ganz kleinen elektrischen Lampe, die an einem langen Stiel befestigt und nach Entfernung des Konduktors bis zum inneren Ende des Tubus vorgeschoben wird. Eine aufsen angebrachte bewegliche Lupe ermöglicht es, die Bilder auch vergröfsert zu betrachten. Die kleinen Lampen können leicht abgenommen und durch Formalindämpfe sterilisiert werden, die Röhren, die in verschiedenen Längen hergestellt werden, lassen sich auskochen. — Da die Schleimhaut zur Untersuchung trocken sein mufs, ist es nötig, den aus den Ureteren ausfliefsenden Urin sofort zu entfernen. Zu diesem Zwecke enthält die Wand des Tubus einen feinen Kanal, der bei der Einführung des Instrumentes nach unten zu liegen kommt; er geht an seinem äufseren Ende in eine kleine Metallröhre über, von der ein Gummischlauch in ein grofses, luftleer gemachtes Gefäfs führt. Es kann so der Harn und mit ihm etwaige Schleimmassen oder Blutspuren vollständig aspiriert werden. Aufserdem kann man die Schleimhaut noch mit sterilisierter Watte, die an Watteträgern befestigt ist, abtupfen. Damit die Einführung von Watte- und Ätzmittelträgern, Harnleiterkathetern und punktförmigen Galvanokautern gut möglich ist, müssen die Endoskope ein Kaliber von mindestens Nr. 25, womöglich aber Nr. 30 Charrière haben. — Zur Vornahme der Untersuchung mufs die Blase mit Luft gefüllt sein; das wird ganz einfach durch starke Beckenhochlagerung erreicht, es strömt bei dieser durch den Tubus Luft in die Blase ein.

Wie gute Dienste das Verfahren leisten kann, beweist der Fall einer Frau, bei der die Funktionsfähigkeit der linken Niere festgestellt werden mufste, wegen einer Blasenscheidenfistel aber weder ein Harnsegregator eingeführt noch auch die Katheterisierung des Ureters mit Hilfe des Cystoskops ausgeführt werden konnte; dagegen gelang die Einführung des Katheters mittels des Urethroskops sehr leicht.

Der Apparat wird von Gentile in Paris hergestellt. *Götz-München.*

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1905. Heft 4.

Syphilis und progressive Paralyse, von d'Amato. In der Pariser medizinischen Akademie kam in der letzten Zeit mehrmals die Frage von den Beziehungen zwischen diesen beiden Affektionen zur Diskussion. Fournier ist, wie immer, vom Bestehen solcher Beziehungen vollkommen überzeugt, in dem Sinne, dafs zuerst, und zwar im Verlaufe des ersten Jahres nach der Infektion, die Hirnsyphilis auftritt; diese erreicht ihr Maximum der Intensität im dritten Jahre; zu dieser Zeit ist von progressiver Paralyse noch nichts vorhanden, und zeigt sich diese erst im fünften, um im zehnten ihre maximale Intensität zu erreichen. Für F. mufs jede Syphilis, besonders aber wenn es sich um eine milde Form derselben handelt, mit der äufsersten Sorgfalt und Intensität behandelt werden, da nach seiner Erfahrung gerade diese leichten Formen, weil nicht oder ungenügend behandelt, progressive Paralyse im Gefolge haben. Die Tatsache, dafs jemand gesunde Kinder hat, beweifst noch keineswegs, dafs er von seiner Lues geheilt ist. Folgen therapeutische Anweisungen, wobei er unter anderen auf die Tatsache aufmerksam macht, dafs die Syphilis mit Hilfe des Tabaks zahlreiche Opfer macht, und dafs vier Fünftel der Zungencarcinome ihre Ursache dem Tabakmifsbrauche bei Syphilitikern verdanken.

Reymond und Hallopeau sind derselben Ansicht wie Fournier.

Joffroy dagegen ist überzeugt, dafs Syphilis und progressive Paralyse zwei voneinander ganz verschiedene Affektionen sind und dafs die eine keineswegs die andere erzeugt. Derselben Ansicht ist Lancereaux. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Die malignen Tumoren des Hodens, von Le Dentu. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 40.) Bei einem 29jährigen Manne fand der Verfasser eine rundliche, an der Wurzel verdickte Hodengeschwulst, die in ihrer hinteren Partie sehr hart und bei Druck sehr schmerzhaft war, sich gespannt, elastisch anfühlte und bei der Palpation eine Art Vibration erkennen liefs, wie wenn es sich um weiches, kolloides Gewebe handelte. Die Probepunktion ergab ein wenig Blut und einige Tropfen seröser Flüssigkeit. Der Tumor, der volle acht Jahre zu seiner Entwicklung gebraucht hatte und erst in den letzten drei Monaten rascher gewachsen war, wurde klinisch als maligne Neubildung, Sarkom oder Epitheliom, gedeutet. Die histologische Untersuchung zeigte, dafs es sich um eine Mischgeschwulst malignen Charakters handelte.

Göts-München.

Carcinom des Hodens nach Trauma, von Artur Laskowitz. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Es handelte sich um die Entstehung eines Hodencarcinoms im Anschlufs an einen Schlag mit dem Stiel eines Beiles an die später erkrankte Gegend. Der Unfall führte in 1½ Jahren zum Tode und wird in seinem Verlauf vom Verfasser genau beschrieben. *Fritz Loeb-München.*

Die intrakanalikuläre Form der Hodentuberkulose. Untersuchungen mit Weigert's Elastinfärbung, von Friedrich Meyer. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1902.)

Fritz Loeb-München.

Eine neue Methode der Hydrocelebehandlung, von J. Ruffle-Babenhausen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 48.) R. hat die von James Barr empfohlene Behandlung von serösen Ergüssen mit Adrenalininjektionen in zwei Fällen von Hydrocele angewendet, indem er beiden Kranken nach vorausgegangener Punktion je 2 ccm einer Adrenalinlösung 1,0 : 5000,0 injizierte. Bald nach den Einspritzungen traten heftige Schmerzen auf, in den folgenden Tagen zeigten sich leichte entzündliche Erscheinungen, die nach einigen Tagen wieder verschwanden, und ein unbedeutender Erguſs, der sich im Verlaufe weniger Wochen resorbierte. Während früher in beiden Fällen alle zwei bis drei Monate punktiert werden mufste, sind nach den Injektionen die Rezidive ausgeblieben. Die heftigen Schmerzen, welche der Einspritzung folgen, werden sich wohl durch Zusatz von Aroin zur Adrenalinlösung wesentlich mildern lassen. *Göts-München.*

Die Behandlung der Varicocele, von Reclus. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 9.) Bei Varicocele ist nach R. operatives Eingreifen angezeigt 1. wenn der Hoden kleiner und weicher wird, weil dann Atrophie des Hodens droht; 2. wenn starke Beschwerden und Schmerzen vorhanden sind; 3. wenn die Varicocele zu Hypochondrie und 4. wenn sie zu Impotenz geführt hat; 5. wenn es sich um sonst gesunde junge Männer handelt, die infolge von Varicocele zum Militärdienst untauglich sind; 6. aus ästhetischen Gründen, wenn das stark vergröfserte Scrotum unter dem Beinkleid deutlich sichtbar ist.

Die bei Varicocele zumeist vorgenommene Resektion der Venen ist nicht ungefährlich; selbst bei gröfster Aufmerksamkeit kann es vorkommen, dafs die Arteria

spermatica oder das Vas deferens durchschnitten wird; aufserdem schützt der Eingriff nicht vor Rezidiven. R. macht ausschliefslich die Resektion des Scrotums, die technisch sehr einfach und absolut ungefährlich ist; Rezidive kommen danach, wenn eine genügend grofse Hautpartie reseziert wird, kaum vor. Die Operation läfst sich sehr gut ohne Narkose unter Infiltrationsanästhesie ausführen. *Göts-München.*

Eine improvisierte Methode der Varicocoleoperation, von Lucien Lofton-Belfield-Emporia. (*New York med. Journ.* 19. Nov. 1904.) Die jetzt übliche Operation der Varicocele ist die Resektion der Samenstrangvenen auf offenem Wege und Naht der beiden Stümpfe. Lofton hingegen ging wieder auf die ältere Methode der Venenligatur ohne Trennung der Haut zurück und hat in 17 Fällen damit vollen Erfolg gehabt. Nach entsprechender antiseptischer Reinigung des Operationsfeldes und Lagerung des Patienten wird eine ca. 8 cm lange, im Winkel von 45° gebogene Nadel, durch welche doppelte, ziemlich starke Seide gezogen ist, an der gewählten Stelle des Hodensacks durchgeführt, wobei man acht haben mufs, dafs die Venenmasse gegen die innere Seite des Scrotums, wo die Nadel herauskommt, abgezogen wird. Wenn man sicher ist, dafs Samenstrang und Arterien von den übrigen Teilen gesondert sind, kann man sofort die Naht knüpfen; aufserdem soll man dies nur langsam und allmählich tun — heftige, vom Rücken gegen den Hoden und sogar den Penis zu ausstrahlende Schmerzen zeigen an, dafs auch Samenstrang und Arterien mitgefafst sind, was übrigens schon den bedeutendsten Operateuren passierte. L. erlebte niemals, dafs stärkere Reizung (Entzündung) oder Schmerzen oder Fieber auf diesen Eingriff folgte; derselbe hat weiter den grofsen Vorteil, dafs die Patienten am Tage nach der Operation ihrer Beschäftigung wieder nachgehen konnten. Nach 25—30 Tagen, während welcher Zeit ein gut sitzendes Suspensorium getragen werden mufs, kann Patient als geheilt angesehen werden; völlige Atrophie erfolgt im allgemeinen jedoch erst nach etwa sechs Monaten. *Stern-München.*

Die Röntgenbestrahlung der Hoden des Mannes, von Philipp-Bonn. (*Fortschritte f. Röntgen.* VIII. 2.) Verfasser wandte in zwei Fällen die Röntgenbestrahlung des Hodens an mit der Absicht der Sterilisierung. Fall I wurde 30 Tage lang täglich 10—15 Minuten mit einer mittelweichen Röhre in einer Entfernung von 10—15 cm Röhrenabstand bestrahlt. Der Erfolg blieb aus; es wurde dann die Resektion des Ductus spermatici vorgenommen. Eine spätere Untersuchung des Sperma ergab Azoospermie. Fall II wurde vom 12. I. bis 1. II. im ganzen 195 Minuten bestrahlt; während anfangs noch Spermatozoen da waren, wurde ein halbes Jahr später Azoospermie festgestellt. Die Methode ist also bequem, schmerzlos und wohl imstande, den Mann zu sterilisieren, jedoch tritt der Erfolg erst längere Zeit (viele Monate) nach der Bestrahlung ein. *Bernhard Schulze-Kiel.*

c. *Prostata.*

Notiz zur Reaktion des normalen Prostatasekrets, von Frank Schulz-Bern. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) Fürbringer hatte dem Prostatasekrete die bemerkenswerte Eigenschaft zugeschrieben, dafs es infolge seiner sauren Reaktion imstande sei, das in den Spermatozoen latente Leben zu erwecken; und in praktischer Umkehrung dessen, und zwar vom pathologischen Standpunkte aus, hatte Finger die alkalische Reaktion des Prostatasekrets bei der chronischen Prostatitis — das pathologische Prostatasekret verliert infolge der Beimischung von Eiter seine saure Reaktion — für die Nekrospermie verantwortlich gemacht. Auch Pezzoli hatte sich dieser Meinung trotz der Lohnsteinschen Einwände angeschlossen. Daher unternahm es F. in der Jadassohnschen Klinik, noch einmal die Reaktion des Prostatasekrets bei Gesunden und namentlich bei normalem Prostatasekret die Reaktion systematisch nach-

zuprüfen; er untersuchte einfach mit empfindlichem „Centitest"-Lackmuspapier und fand die merkwürdige Erscheinung, dafs in 15 Fällen, die frei von Prostataerkrankung waren und nie einen Tripper durchgemacht hatten, sich grofsenteils auch eine alkalische Reaktion der Prostata ergab; und zwar reagierte die normale Prostata neunmal rein alkalisch und fünfmal amphoter mit deutlicher Neigung zu alkalisch, und nur einmal war eine gleichmäfsig amphotere Reaktion da; eine saure Reaktion aber war niemals mit Lakmuspapier zu finden. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Ein Fall von primärem Prostatakrebs, von Alfred Schreiber. Aus dem pathologischen Institut zu Kiel. (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.) Ohne Besonderheiten. *Fritz Loeb-München.*

Im ärztlichen Verein München (Sitzung vom 9. November 1904. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 4) hielt Notthafft einen Vortrag über **Prostatitisschmerzen und chronische Prostatitis.** Er besprach die Diagnose der chronischen Prostatitis, wies auf die Wichtigkeit wiederholter mikroskopischer Untersuchung des Prostatasekretes hin und teilte mit, dafs nach seinen Erfahrungen entgegen einer weit verbreiteten Meinung in 52 % der Fälle die hintere Harnröhrenpartie nicht chronisch erkrankt ist. 120 Fälle von chronischer Prostatitis wurden von N. bakteriologisch untersucht; es ergab sich, dafs schon im zweiten Halbjahr nach der Infektion nur mehr in 73 % der Fälle, im dritten Halbjahr in 50 %, im vierten Halbjahr in 18 %, im dritten Jahre nur in 6 % Gonokokken im Prostatasekret nachweisbar waren. Schon im zweiten Halbjahre fanden sich andere Bakterien (Staphylokokken, nach Gram färbbare Diplokokken, Stäbchen, unbestimmte Bakterien, Streptokokken), im vierten Halbjahre waren reine Gonokokkeninfektionen überhaupt nicht mehr vorhanden, der vierte Teil aller Fälle infizierte sich, und zwar schon im ersten Jahre, sekundär mit mehreren Bakterien. Vom Ende des dritten Jahres an fanden sich keine Gonokokken mehr, während sich die anderen Bakterien erhielten. Prostatorrhoe und Prostataneurasthenie sind entgegen den Darstellungen in den meisten Lehrbüchern nur selten Begleiterscheinungen der chronischen Prostatitis, ebenso das Harnnachträufeln, das ebenso oft bei ganz gesunden Männern vorkommt. Die Schwere der subjektiven Symptome steht häufig in keinem Verhältnis zur Schwere der Organerkrankung. Die Prostatitisschmerzen verschwinden meist lange, bevor eine Besserung der Entzündung eintritt; sie sind oft an ganz verschieden, von der Prostata mehr oder weniger weit entfernten Orten lokalisiert und veranlassen dadurch nicht selten Fehldiagnosen (Ischias, Hämorrhoiden, Kniegelenkschmerz, Reizblase, Bruchschmerz, Hodenentzündung, Nierensteinkolik, Reitweh). Massage weckt oder vergröfsert manchmal den Schmerz. *Götz-München.*

Beitrag zum Studium der Prostatitiden, von Stefanescu-Galtz. (*Revista de Chirurgie.* 1904. Nr. 6.) Die chronische Prostatitis ist in der Regel ein Folgezustand der akuten Prostatitis nach Blennorrhoe. Einmal zur Entwicklung gekommen, unterhält die chronische Prostataläsion ihrerseits die Urethritis und führt mit der Zeit zu schweren Störungen im Drüsengewebe. *C. Müller-Genf.*

Über Prostatitis acuta mit Abscefsbildung nach Furunkulose, von August Söhngen. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1903.) Die aus der Literatur berichteten Fälle sowie die eigene Erfahrung des Verfassers machen es ihm sehr wahrscheinlich, dafs das Gros aller idiopathischen akuten Prostatitiden einer hämatogenen Infektion seine Entstehung verdankt.

Was die therapeutische Seite der fraglichen Erkrankung betrifft, so ist von der frühzeitigen Eröffnung des Eiterherdes am ehesten Heilung zu erwarten. Solange sich noch kein Abscefs gebildet hat, ist das allgemeine antiphlogistische Verfahren anzuwenden. Die Indikation zur Inzision ist gegeben, sobald die Diagnose „Abscefs-

bildung" feststeht, auch wenn der Eiterherd noch nicht an die Oberfläche vorgedrungen ist; denn abgesehen davon, dafs die Patienten den qualvollsten lokalen Beschwerden ausgesetzt sind, ist ein solcher tiefliegender Eiterungsprozefs, wie der der Prostata, auch stets eine Gefahr für den übrigen Körper; er kann jederzeit die Veranlassung zu weiteren pyämischen Metastasen werden. Für die Eröffnung noch tief liegender prostatischer Abscesse ist der perineale Weg der zweckmäfsigste. Es empfiehlt sich — nach dem Verfahren von ZUCKERKANDL — von einem queren oder leicht bogenförmigen, zwischen Anus und Bulbus urethrae geführten Schnitt in die Tiefe vorzudringen und dem Eiter freien Abfluſs zu verschaffen. Die Drainage durch das Rectum ist nur dann in Anwendung zu ziehen, wenn der Abscefs sich in den Darm vorwölbt und in demselben zu perforieren droht. *Fritz Loeb-München.*

Über Prostatitis phlegmonosa, von CHRISTOPH BANDLI. (Inaug.-Dissert. Basel 1902.) Auf 1673 chirurgische Fälle von Urogenitalaffektionen, die in der Klinik von BURCKHARDT in Basel zur Behandlung kamen, entfallen 386 Prostatakrankheiten. Von diesen sind 186 Fälle von Prostatitis, unter denen sich sechs von akuter eitriger Prostatitis befinden. Verfasser führt die Krankengeschichten dieser Fälle an und bespricht dann Ätiologie, pathologische Anatomie, Symptome, Verlauf, Diagnose, Therapie und Prognose der Erkrankung. Das Literaturverzeichnis umfafst 87 Arbeiten.

Fritz Loeb-München.

Über die verschiedenen Formen von Prostatahypertrophie und über ihre Behandlung, von G. NICOLICH-Triest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) Verfasser bespricht die einzelnen Formen, wie sie bereits GUYON angegeben: Die akute komplette Retention, chronische komplette aseptische oder septische Retention ohne Blasendilatation, chronische inkomplette aseptische oder septische Retention mit Blasendilatation. Die Symptome sind sehr verschiedenartig, hier sei auf das Original verwiesen. Die Diagnose der Hypertrophie ist leicht zu stellen, sei es digital oder sei es cystoskopisch. Nach N. kommen für die Behandlung nur zwei Methoden in Betracht: Katheterismus und Prostatektomie. Schwinden bei den akuten frischen Formen die Schmerzen nicht nach 30—40 Tagen, so ist an Prostatektomie zu denken. In Anbetracht der früheren Methoden mit so schlechtem Resultat, schlägt N. ein neueres Verfahren vor, das sich bei zwei Fällen sehr gut bewährt hat; er führte die Prostatectomia transvesicalis aus, tamponierte die Blase mit Jodoformgaze aus, um zu dilatieren und ihre Wände zu komprimieren. Die Gaze soll den Urin absorbieren, nach aufsen befördern, nötigenfalls auch antiseptisch wirken. Nach zwei Tagen wird ein kleinerer Tampon, nach einer Woche nichts mehr in die Blase gestopft. Heilung nach einem Monat. Des näheren sei auf das Original verwiesen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Vorläufiger Bericht über bakteriologische Befunde bei sieben Fällen von Prostatahypertrophie, von L. S. DUDGEON und C. WALLACE-London. (*Brit. med. Journ.* 31. Dez. 1904.) Die Patienten standen im Alter von 63 bis 75 Jahren. Bei dem einen fand sich ein Carcinom, bei den anderen adenomatöse Tumoren. Es wurde sowohl der Urin vor der Operation als auch die entfernte Tumormasse unter allen Vorsichtsmafsregeln bakteriologisch untersucht. In einzelnen Fällen fand sich der gleiche Mikroorganismus (Bacillus coli) in der Prostata wie im Urin. Aufser Bacillus coli fand man in dem Gewebe den Staphylococcus albus, sowie kurze, nicht genau zu definierende Bazillen und einen Diplococcus. Gonokokken konnten in keinem Falle nachgewiesen werden. Es ist also noch keineswegs als erwiesen anzusehen, dafs die Hypertrophie der Prostata auf der Anwesenheit von Bakterien beruhe.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Hypertrophie der Prostata, von Legueu. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 7.) Kurze Beschreibung der anatomischen Veränderungen und der Störung der Blasenfunktion bei Prostatahypertrophie. Neues bringt der Aufsatz nicht.

Göts-München.

Harnverhaltung durch Prostatahypertrophie, von Parker Syms-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 5. Nov. 1904.) Die Diagnose der Prostatahypertrophie als Ursache von Störungen der Harnentleerung sollte nur mit den einfachsten Mitteln (Palpation vom Mastdarm und Einführung eines elastischen Katheters zwecks Bestimmung von Menge und Beschaffenheit des Residualharns) festgestellt werden. Die Anwendung von Cystoskop und Metallkathetern kann nicht eindringlich genug widerraten werden. Die Operation ist indiziert, wenn die Harnentleerungen sehr häufig sind oder nur unter Anwendung des Katheters erfolgen, bei Cystitis, Hämorrhagien, Steinbildungen und bei grofser Schmerzhaftigkeit. Als Operation kommt für den Verfasser nur die perineale Prostatektomie, und zwar mittels eines kleinen Einschnittes in der Medianlinie, in Betracht; die Bottinische Operation und die suprapubische Prostatektomie verwirft Verfasser durchaus. Es folgt eine ausführliche Beschreibung der Operation, die Verfasser stets unter Anwendung seines Prostatatraktors ausführt. Er hatte bei 84 Operierten zwei Todesfälle, beide hochbetagte und entkräftete Leute betreffend; Todesursache war nicht die Operation, sondern wahrscheinlich die Anwendung des Anästhetikums. *A. Loewald-Kolmar.*

Die akute Harnretention bei Prostatikern, von J. Jullien. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 41.) Auf Grund theoretischer Erwägungen und praktischer Erfahrungen empfiehlt J., bei Prostatikern mit akuter Harnretention, wenn die Urethra durch vorausgegangene erfolglose Katheterisierungsversuche bereits verletzt ist und blutet, auf jedes weitere Experiment mit dem Katheter zu verzichten und gleich die Blasenpunktion vorzunehmen. Ist die Harnröhre noch nicht verletzt, dann wird man einen Versuch mit einem mittelstarken Nelatonkatheter machen; mifslingt er, dann soll man es nicht, wie die meisten Autoren raten, noch mit anderen verschiedenartigen und verschieden geformten Kathetern versuchen, sondern die Blase punktieren. Die akute Retention der Prostatiker ist die Folge eines durch Kongestion bedingten absoluten Verschlusses der Harnröhre; mit der Entleerung der Blase verschwindet die Blutstauung, und es gelingt infolgedessen schon wenige Stunden nach der Punktion ohne Schwierigkeit, einen Verweilkatheter einzuführen. *Göts-München.*

Behandlung der Prostatahypertrophie bei inkompletter Harnretention mit Blasendilatation, von G. Nicolich-Triest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 41.) Dieser Art der Harnverhaltung gegenüber befindet sich der Arzt in einer sehr kritischen Lage; falls er nicht eingreift, so wird der Kranke sicherlich sterben, falls er eingreift, so kann sich die Lage zum Schlechten wenden, und zwar infolge der sofort eintretenden schweren Blasen- und Nierenbeckenentzündung oder nicht viel später infolge der Infektion durch den Katheterismus. Unter zehn Kranken, bei denen ein Eingriff dringend nötig war, trat fünfmal der Tod wegen akuter Pyelonephritis auf; vier andere Kranke starben einige Monate später infolge Infektion; ein einziger genas vollkommen, nachdem nach Entleerung der Blase die Operation von Bottini ausgeführt worden war, doch zeigte auch dieser zunächst alle Symptome der Infektion und erst drei Monate nach der Operation klärte sich der Harn. Daher versuchte N. eine neue Zusammenstellung von Operationen, und zwar: Cystotomia suprapubica Prostatectomia transvesicalis und Tamponade der Blase mit Jodoformgaze. Diese erstmalige Versuchsreihe führte bei einem am 27. April 1904 operierten 67jährigen Manne zur schnellen Heilung, ohne dafs ein Dauerkatheter angelegt zu werden brauchte. Einen Monat nach der Operation wurde der Harn ganz durch die Harnröhre ent-

lassen, und am 7. Juni war die Wunde ganz geschlossen. N. hatte den Mittellappen der Prostata, der von der Größe einer großen Mandel die vesikale Harnröhrenöffnung verschloß, entfernt, und es kam ihm nun darauf an, die Infektion durch wiederholte Sondierung zu vermeiden, die Blase gut mit Jodoformgaze zu tamponieren und zu drainieren und das Hindernis zur Harnentleerung zu entfernen.

Arthur Bahn-Collm (Sachsen).

Über Prostatektomie bei Prostatahypertrophie, von J. J. E. Quéré. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 60.) Studie über die verschiedenen Methoden.

Fritz Loeb-München.

Über Prostatectomia totalis transvesicalis subpubica, von A. Carmouze. (*Thèse de Bordeaux.* 1904.) Studie über die Freyersche Methode.

Fritz Loeb-München.

Die konservativen Methoden und die Prostatektomie bei der Behandlung der Prostatiker, von Le Fur. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 45.) Die Prostatahypertrophie ist eine Affektion entzündlicher Natur, die, aus einer chronischen Prostatitis hervorgehend, lange Zeit vollständig symptomlos verläuft und gewöhnlich erst im Alter unter dem Einflusse einer Prostatitis senilis, zuweilen aber auch schon in den 40er oder 50er Jahren zu Störungen der Harnfunktion führt. Dieser Auffassung der Prostatahypertrophie zufolge ist es in erster Linie notwendig, alle chronischen Prostatitiden aufs sorgfältigste zu behandeln, insbesondere für regelmäßige und vollständige Entleerung der Drüse zu sorgen; es wird dann die Zahl der Prostatahypertrophien sicherlich bedeutend geringer werden. Ist aber eine Hypertrophie zustande gekommen, dann gilt es, möglichst frühzeitig, beim Auftreten der ersten Erscheinungen durch kalte Waschungen, Massage und Elektrisierung der Prostata, durch Katheterisierung, wenn die Blase sich nicht mehr vollständig entleert, und, wenn nötig, durch Einführung eines Verweilkatheters die Kongestion der Vorsteherdrüse zu beseitigen und den stagnierenden Drüseninhalt zu entleeren. Je früher diese „konservativen Methoden" angewandt werden, desto sicherer werden sie die Weiterentwicklung der Prostatahypertrophie und des Prostatismus hintanhalten. Chirurgisches Eingreifen ist notwendig, wenn bei ausgebildeter Hypertrophie Komplikationen auftreten, wenn die Katheterisierung schwierig und schmerzhaft wird, oder wenn aus äußeren Gründen, wie bei Arbeitern, eine regelmäßige, aseptische Katheterisierung überhaupt unmöglich ist. Dann ist die perineale Prostatektomie am Platze; sie ist von allen vorgeschlagenen operativen Methoden weitaus die beste. *Götz-München.*

Prostatektomie im allgemeinen und besonders auf dem perinealen Wege, von George Goodfellow - San Francisco. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 12. Nov. 1904.) Auch Goodfellow warnt vor dem Gebrauch von Cystoskop und Metallinstrumenten bei der Untersuchung von Prostatikern. Wie Syms macht auch er ausschließlich die perineale Prostatektomie mit einfachem, medianem Längsschnitt. Von 78 Operierten hat er zwei durch den Tod verloren, einen an Sepsis, den anderen an Shock. In einigen Fällen kam es nach der Operation zu temporärer Fistelbildung, Inkontinenz oder Strikturbildung; häufig waren Nebenhodenentzündungen. Über die Beeinflussung der Potenz vermag Verfasser nichts Sicheres zu sagen. — Anschließend berichtet Verfasser über drei Fälle von syphilitischer Erkrankung der Prostata mit den Symptomen der Prostatahypertrophie. Der eine Fall kam zur Operation, die Prostata erwies sich als eine gelatinöse Masse, die als Sarkom angesprochen wurde; nach der Operation machten andere Symptome den Verdacht auf Syphilis rege, und unter Jodkaliumbehandlung erfolgte Heilung. Im zweiten Falle fand sich außer der Prostataschwellung eine fluktuierende Geschwulst an beiden Nebenhoden; Heilung nach antisyphilitischer Behandlung; die Inzision in die Nebenhoden entleerte eine krümelige

Masse. Im dritten Falle führte ein gummöser Tumor der Scapula auf die richtige Diagnose. In der Literatur konnte Verfasser keine Veröffentlichung über syphilitische Prozesse in der Prostata finden. (In den *Annales Policlin. centr.* 1906 ist ein Fall von Syphilis des Hodens, Samenstranges, der Prostata und der Samenblase von Dubot mitgeteilt. Ref.) *A. Loewald-Kolmar.*

Prostatektomie. Ist es gerechtfertigt, alle Fälle nach einer Methode operieren zu wollen? von Eugène Fuller-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 12. Nov. 1904.) Für die operative Beseitigung der Prostatahypertrophie kommen drei Wege in Frage: die suprapubische Cystotomie, die perineale Cystotomie und der extravesikale perineale Schnitt. Alle drei Methoden führen zum Ziel. Die prinzipielle Anwendung einer einzigen Methode für alle Fälle widerspricht dem chirurgischen Grundsatz, die Wahl der Operation nach der Eigenart jedes Einzelfalles zu treffen. Die extravesikale Operation ist am umständlichsten und zeitraubendsten und nur angezeigt bei völlig unkomplizierten Fällen ohne Entzündungserscheinungen; sonst ist die Gefahr der Verletzung von Blase, Harnröhre und Mastdarm grofs. Die perineale Prostatektomie mit medianem Längsschnitt ist eine verhältnismäfsig leichte und einfache Operation; der Vorwurf, dafs man ohne Kontrolle der Augen arbeite, ist nicht zutreffend; für die Ausschälung der Prostata ist das Gefühl ein viel sicherer Leiter. Die Resultate der Operation sind gute, die Nachbehandlung ist einfach. In allen Fällen, in denen die expulsive Kraft der Blase gut ist, d. h. in denen die Blasenwand normal oder durch langsames Fortschreiten der Prostataobstruktion hypertrophiert ist, wird man sich mit Vorteil dieser Methode bedienen. Ist dagegen die Kraft der Blase durch anhaltende Überdehnung geschwächt, bestehen Divertikel oder Ulcerationen oder schwere Cystitis mit Hämorrhagien und Steinbildungen, ebenso wenn sekundäre Veränderungen am Nierenbecken vorhanden sind, so ist die Ausführung der perinealen Cystotomie zu widerraten und die suprapubische Operation auszuführen, am besten mit perinealer Gegenöffnung. Nur so ist die notwendige Schonung der Blase und eine zuverlässige Drainage gesichert. Die Mortalität dieser Methode ist nicht gröfser als bei der perinealen. — Die Ausführungen des Verfassers stützen sich auf über 300 selbstoperierte Fälle.

In der Diskussion zu diesen Vorträgen über Prostatektomie bricht Horwitz-Philadelphia eine Lanze für die Bottinische Operation, mit der er 86 von 99 Fällen geheilt hat; zehn blieben ungebessert, drei starben. Munro-Boston operiert meist in zwei Etappen; zunächst wird die Sectio alta gemacht und die Blase für mehrere Tage, bis der Urin sich aufhellt, drainiert, dann wird die Prostata durch einen medianen Perinealschnitt enukleiert. Tinker-Ithaka wendet bei alten Leuten mit gutem Erfolg die Lokalanästhesie mittels Eucain und Adrenalin an. Young-Baltimore hebt die Vorzüge seiner „konservativen perinealen Prostatektomie" hervor, die alle wichtigen Gebilde schont und bei der das Operationsfeld dauernd übersehen werden kann. *A. Loewald-Kolmar.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 3.

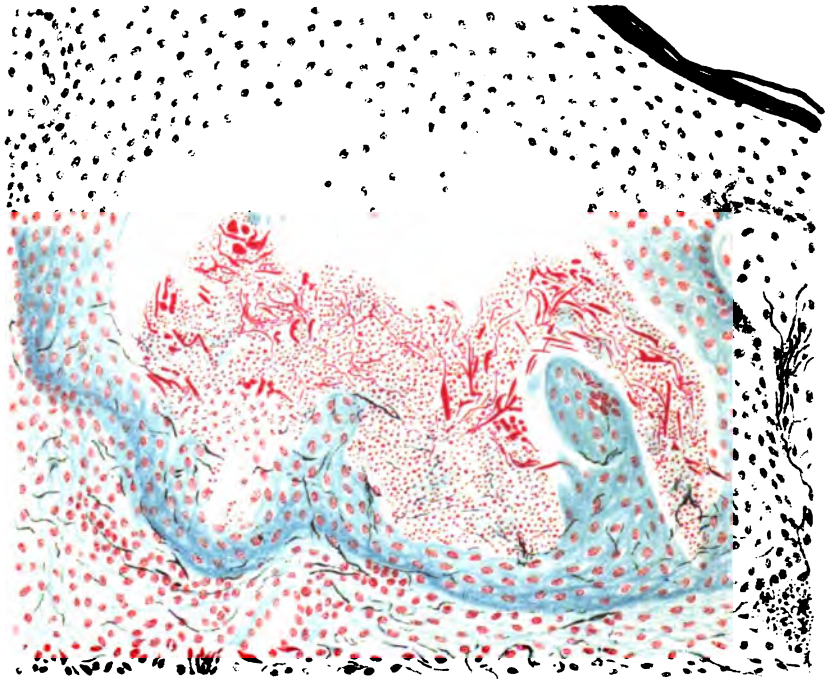


Fig. 4.

Fig. 2.

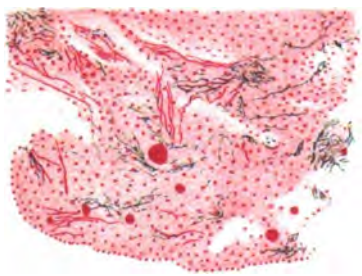
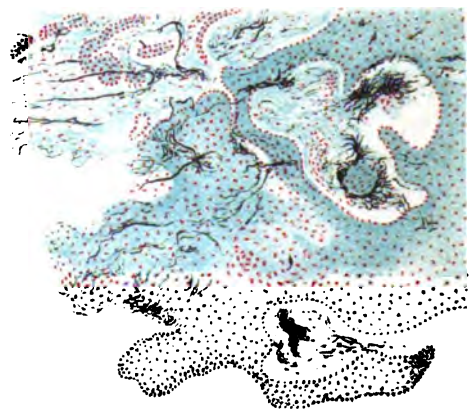


Fig. 1.



Davida Jadassohn del. Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 3. 1. August 1905.

Aus Dr. Unnas Dermatologikum in Hamburg.

Über den Einschluſs von Elastin und Elacin in das Epithel und einen Elacinbefund bei der GILCHRISTschen Krankheit.[1]

Von

P. G. Unna.

Mit einer Tafel.

Es dürfte heutzutage nicht bloſs den Dermatologen, sondern auch im Kreise der Pathologen bekannt sein, daſs sich in Hautkrebsen sehr häufig elastische Fasern ganz isoliert in Epithelbalken eingeschlossen finden. Schon 1893 haben v. Hansemann[2] und Du Mesnil de Rochemont[3] darauf hingewiesen, und in meiner bald darauf erschienenen Histopathologie der Haut (1894) berichtete ich gelegentlich der Besprechung eines Carcinoms des Ohres (S. 724):

„Der reiche Gehalt dieser Region an elastischen Fasern bedingt es, daſs dort, wo die Epithelzüge sich zu breiten Massen zusammendrängen, eine groſse Menge elastischer Fasern von ihnen eingeschlossen werden, welche — wohl durch die geringe Ausbildung zelliger Infiltration — auffällig gut erhalten bleiben. Bei Elastinfärbung gewähren daher die mit den starren, elastischen Fasern wie gespickten Epithelherde einen eigentümlichen Anblick.“

Später erhoben Kromayer[4] und Ramon y Cajal[5] ähnliche Befunde. Letzterer berichtet auch über das Vorkommen von Elacin im Stroma der

[1] Demonstration, gehalten in der biologischen Sektion des ärztlichen Vereins am 24. Mai 1904.

[2] v. Hansemann, Das Krebsstroma und die Grawitzsche Theorie der Schlummerzellen. *Virchows Archiv.* 1893. Bd. 133.

[3] Du Mesnil de Rochemont, Über das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1893. Bd. 25.

[4] Kromayer, Die Parenchymhaut und ihre Erkrankungen. *Arch. f. Entwicklungsmechanik.* 1899. Bd. VIII.

[5] Ramon y Cajal, Histologische Studien über die epithelialen Geschwülste. *Revista trimestral micrografica.* 1896. Bd. I.

Krebse, einen Befund, den ich an meinen Präparaten bestätigen konnte. ZIELER,[6] welcher vor kurzem über die geweblichen Einschlüsse der Carcinome eine sehr sorgfältige Arbeit publizierte, wirft die Frage auf, ob innerhalb der Epithelbalken gefundenes Elacin daselbst aus Elastin entstanden oder schon als Elacin in dasselbe eingeschlossen sei. Die Orte, wo das Elacin bisher, in Krebsbalken eingeschlossen, gefunden ist (ZIELER, UNNA), vor allem das Gesicht, enthalten bei Erwachsenen normalerweise Elacin. ZIELER neigt daher zu der Ansicht, dafs das Elacin als solches vom Krebs inkorporiert, nicht aber durch seinen Einfluſs auf eingeschlossenes Elastin entstanden ist, wie er denn überhaupt dem Epithel des Carcinomgewebes einen degenerierenden Einfluſs auf das Elastin abspricht. In ähnlicher Weise hatte ich mich schon vorher in einer Arbeit über Elacin[7] ausgesprochen:

„. . . ebenso pflegen die meisten Carcinome die elastischen Fasern zu respektieren, und die Epithelwucherungen derselben, indem sie die letzteren umwachsen, erscheinen daher oft wie gespickt von elastischen Fasern."

Auch in bezug auf das Hineingeraten des Elastins in das Krebsepithel sind ZIELER und ich zu demselben Resultate gelangt. Nach ZIELER stellt das eingeschlossene Elastin Reste des alten, an Ort und Stelle früher seſshaft gewesenen Elastins der Cutis dar; er findet es häufig noch ganz in der alten Anordnung und beschreibt insbesondere die Durchbrechung des subepithelialen Elastinnetzes durch das wuchernde Epithel; der Einschluſs geschieht durch Herumwachsen des Epithels, nicht durch Einwachsen des Elastins. Dieses ist auch ganz meine Anschauung und ich möchte noch besonders betonen, daſs ich niemals junges, neugebildetes Elastin, wie es z. B. in Narben auftritt, also z. B. feine, spitz zulaufende, schwächer färbbare Ausläufer, Reihen von Elastintröpfchen u. s. f. im Carcinomepithel gesehen habe. Dagegen findet man häufig Bilder, welche die Einverleibung des Elastins als einen grob mechanischen Vorgang charakterisieren. Man sieht, wie an einem Orte die Epithelsprossen gegen das Elastin andrängen und das rhomboidale Fasernetz zu einem parallelfaserigen, dichten Faserbündel zusammenschieben, an einer benachbarten Stelle dagegen zwischen die einzelnen Fasern eindringen, dieselben weit auseinanderschieben und dadurch das elastische Netz übermäſsig anspannen und wiederum dicht daneben abgelöste Teile des Fasernetzes umwachsen und dadurch in sich aufnehmen.

Es besteht mithin ein sehr frappanter Gegensatz zwischen dem

---

[6] ZIELER, Über gewebliche Einschlüsse in Plattenepithelkrebsen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 62, S. 3 ff.

[7] Elacin. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1896.

wuchernden Epithel und den das Carcinom umsäumenden wuchernden Bindegewebszellen, den Plasmazellen. Während im Umkreise der letzteren das Elastin auf eine noch unaufgeklärte Weise rasch und völlig verschwindet, konserviert geradezu das Epithel die Elastinfäden. Elastin als Einschluſs des Carcinomepithels existiert daher nur dort, wo kein Wall von Plasmazellen es vorher in der umgebenden Cutis vernichtet hat.

Ein ebenso merkwürdiger Gegensatz besteht in dem Verhältnis des wuchernden Epithels einerseits zum Kollagen, andererseits zum Elastin. Offenbar bieten diese beiden Substanzen, die ineinandergewirkt das Fasernetz der Cutis bilden, dem Krebsepithel nicht den gleichen Widerstand. Indem letzteres sich in die Cutis eingräbt, schiebt es hauptsächlich nur das Kollagen vor sich her und damit zugleich aus dem es umspinnenden elastischen Netze heraus. So dringt es in das elastische Netz hinein, umwächst dasselbe in situ und substituiert sich gleichsam dem verdrängten Kollagen. Das Epithel präpariert also an vielen Stellen das Elastin vom Kollagen frei. Wieviel Kollagen dabei zugrunde geht, ist schwer zu sagen; Zerfallsprodukte desselben an der Epithelgrenze findet man nicht. Ich neige deshalb zu der Auffassung, daſs das Krebsepithel das Kollagen dort, wo es selbst mit elastischen Fasern gespickt erscheint, aus dem elastischen Netz herausgedrängt hat. Daſs das Elastin dabei vielerwärts selbst grobe Verdrängungserscheinungen aufweist, habe ich eben erwähnt. Vielleicht wird es vor der völligen Verdrängung nur durch seinen netzartigen, allseitigen Zusammenhang bewahrt, ein Zusammenhang der Fasern, den bekanntlich das Kollagen nicht besitzt.

Was man bisher über den Einschluſs von Elastin und Elacin in wucherndes Epithel weiſs, kann man mithin in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Das Elastin und Elacin der Cutis kann in isolierter Weise vom andringenden Epithel umwachsen werden, während das daselbst befindliche Kollagen zurückweicht.

2. Das Elastin zeigt dabei keine Degenerationserscheinungen, sondern nur mechanische Verschiebungen.

Es war mir daher ein neuer und überraschender Befund, als ich bei einer durch Epithelwucherungen ausgezeichneten Krankheit, der Gilchrist-schen sogenannten Blastomykose, eine weitgehende, äuſserst merkwürdige Degeneration des Elastins innerhalb des Epithels beobachtete, die sicher nicht als solche bestanden hatte, ehe das Epithel die elastischen Fasern inkorporierte. Die Gilchristsche Krankheit ist hauptsächlich in den Vereinigten Staaten beobachtet, vielleicht aber auch bei uns nicht gerade so selten, wie es nach den bisherigen Literaturangaben scheinen könnte. Ich habe drei Fälle derselben gesehen. Man kann die Affektion kurz skizzieren als eine chronische, hartnäckig rezidivierende, in multiplen

Herden auftretende Dermatose, bei der jeder einzelne Herd klinisch einem verrukösen Lupus zum Verwechseln ähnlich ist, während das histologische Bild dem eines mit Erweichungsherden durchsetzten, oberflächlichen Carcinoms gleicht. Gerade der Widerstreit zwischen dem klinischen Aussehen und dem, was man nach der Exzision mikroskopisch findet, muſs sofort den Verdacht auf einen Fall der GILCHRISTschen Krankheit lenken.

Bei dieser Affektion wird unter Zurückschiebung bloſs der kollagenen Bestandteile der Haut das Elastin derselben an vielen Orten umwachsen und in das Epithel aufgenommen. Die elastischen Fasern durchziehen die Epithelmassen zum Teil noch in der alten Lage und Verbindung, zum Teil aber auch ganz unregelmäſsig auseinander- und zusammengeschoben. Diese Aufnahme des Elastins in die angrenzenden Epithelbezirke unterscheidet sich in keiner Weise von dem Vorgange bei Hautcarcinomen. Die GILCHRISTsche Dermatose hat nun weiterhin noch die Besonderheit, daſs die gröberen Epithelmassen häufig in der Mitte erweichen und daſs diese Erweichungsherde häufig Leukocyten anlocken und dadurch zu einem Epithel- und Leukocytenbrei zerfallen. Auch diese Eigenschaft teilt die Affektion mit vielen Hautcarcinomen, nur sind die Erweichungsherde bei ihr zahlreicher, oberflächlicher und machen sich schon dem bloſsen Auge bemerkbar. Grenzen diese Erweichungsherde an solche Epithelbezirke, die mit elastischen Fasern gespickt sind, so setzen sich die letzteren natürlich an vielen Stellen in die erweichten Massen fort und hier findet man nun die eigentümlichen Bilder, auf die ich die Aufmerksamkeit lenken möchte und die ich bisher bei Hautcarcinomen nicht gesehen habe.

Während viele Elastinfäden in den erweichten Bezirk eintreten ohne eine Änderung im Kaliber und in der Tingibilität aufzuweisen, verwandeln sich die meisten in Elacinfäden, d. h. sie nehmen bei geeigneter Doppelfärbung statt des sauren Orceins die basische Kontrastfarbe, z. B. Safranin, an. Von diesen Elacinfasern verbreitern sich einzelne auf das Doppelte und Dreifache, wobei sie häufig noch in der saffraninrot gefärbten, homogenen Hülle einen orceinbraunen, elastischen Achsenfaden erkennen lassen. Die so chemisch umgewandelten und verdickten Fäden schwellen weiter zu ganz sonderbaren Figuren an, die, wenn nicht der stoffliche Zusammenhang mit Elastinfäden bestände, niemand für Abkömmlinge des Elastins halten würde. Es zeigen sich nämlich Protuberanzen, die senkrecht auf die Achse des angeschwollenen Fadens aufgesetzt sind und besonders die Enden einzelner Fäden in dicke spindelförmige, tannenzapfenähnliche Körper verwandeln. Diese dicht nebeneinander aufsitzenden Protuberanzen haben teils die Form von kleinen Cylindern und Kegeln, teils von zirkulären Leisten, die die ganze Peripherie des Fadens umgeben. Es sind im Grunde genommen nur weit gediehene Schwellungen der äuſseren

Elacinhaut des Fadens, die aus irgendeinem Grunde nicht die uns vom schwellenden Elastin bekannte Form gleichmäfsig dicker Bänder produziert, sondern — an einzelnen Punkten zurückgehalten — die ungewöhnliche Form zahlreicher, getrennter Protuberanzen. Diese letzteren haben nun unleugbar eine gewisse Ähnlichkeit mit gewissen Sporen von Fadenpilzen in den Kulturen. Blofs mit einer basischen Farbe gefärbt, ohne gleichzeitige Gegenfärbung auf Elastin, sind diese Elacingebilde mit Abkömmlingen von Fadenpilzen wohl zu verwechseln, und diese Verwechslung hat hier eine besondere Bedeutung, da von mehreren Autoren über „Blastomykose" Fadenpilze aus dem Gewebe gezüchtet worden sind.

Um solche hochgradigen Degenerationen des Elastins zu liefern, wie ich sie hier beschreibe, scheinen allerdings verschiedene Umstände zusammen kommen zu müssen, nämlich der Einschlufs gröfserer Massen von Elastin in das Epithel, eine Erweichung des letzteren und eine Ansammlung von Leukocyten an derselben Stelle. Dieses mag wohl der Grund sein, dafs es mir bei einer Durchsicht meiner Sammlung von Hautcarcinomen nicht geglückt ist, so weit gehende Veränderungen des elastischen Gewebes zu finden, wenn auch das Vorkommen gewöhnlicher Elacinfäden im Epithel nicht gerade selten ist. Bei vegetierenden, zur Erweichung der Krebsbalken neigenden Carcinomen, welche in der Cutis mit viel Elastin in Berührung kommen und gleichzeitig oberflächlich ulcerieren, mufs man aber in Zukunft auf solche Vorkommnisse, wie ich sie in diesem Falle von GILCHRISTscher Krankheit finde, gefafst sein.

Auf der Tafel habe ich zum Vergleich mit der GILCHRISTschen Dermatose (Fig. 3) in Fig. 1 und Fig. 2 Teile aus verschiedenen Hautkrebsen abbilden lassen, welche den Einschlufs von gewöhnlichem Elastin und Elacin in Krebsepithel zeigen. Fig. 1 ist mit der „Angesäuertes Orcein-Safranin-Wasserblau + Tannin-Methode" gefärbt. Man sieht sowohl die Durchsetzung des Epithels mit elastischen Fasern wie — rechts im Bilde — die Zusammenschiebung der letzteren zu dichten Bündeln durch das wuchernde Epithel. In Fig. 2 (Angesäuertes Orcein-Safranin-Tannin-Methode) erblickt man rechts ebenfalls inkorporierte schwarzbraune Elastinfäden, links dagegen ebenso einverleibte rote Elacinfäden, von denen es zweifelhaft bleiben mag, ob sie als solche umwachsen wurden oder innerhalb des Epithels die Basophilie annehmen, obwohl das erstere bei weitem wahrscheinlicher ist, da es sich in diesem Falle um die — stets elacinhaltige — Gesichtshaut einer älteren Person handelte.

Fig. 3 gibt einen guten Begriff von der zentral erweichenden Epithelwucherung oberflächlicherer Art, wie sie die warzigen, zerklüfteten Flecke bei der GILCHRISTschen Krankheit auszeichnet. Man sieht (Angesäuertes Orcein-Safranin-Wasserblau + Tannin-Methode) das blafsblaue Epithel wie gespickt mit feinen, schwarzbraunen Elastinfäden. In dem aus Epithel-

detritus und Leukocyten bestehenden zentralen Erweichungsherd wandeln sich diese in breitere safraninrot gefärbte Fäden um, die an vielen Stellen zu den tannenzapfenähnlichen, pilzsporenähnlichen Gebilden anschwollen. Einzelne derselben sind in Fig. 4 noch einmal bei stärkerer Vergrößerung abgebildet und lassen die Ähnlichkeit mit sporulierenden Fadenpilzen erkennen.

Das Vorkommen des Elacins lediglich in den zentralen erweichten Bezirken des Epithels schließt in diesem Falle bereits die Annahme vollkommen aus, das Elacin könne als solches inkorporiert sein. Dazu kommt noch, daß das exzidierte Hautstück vom Beine stammt, wo normalerweise Elacin nicht vorkommt. Wir haben nach diesem Befunde mithin in Zukunft mit der Möglichkeit zu rechnen, daß eine Elacinbildung aus Elastin unter besonderen Umständen auch erst innerhalb des Epithels stattfinden kann.

Aus der Praxis.

Das Abstoßen des Nagels.

Von

Dr. Moriz Porosz-Budapest.

Ein sehr unangenehmes, aber nicht lange anhaltendes Übel ist das Panaritium. Eine verhältnismäßige Zeit hält die Periode an, in der der reparative Prozeß des Nagels vor sich geht und der Nagel abgestoßen wird. Der Finger ist gesund, nicht entzündet, und doch ist der Gebrauch der Finger stark beschränkt. Der aus dem Nagelbett getretene und frei hängende alte Nagel kommt mit allen Gegenständen in unliebsame Berührung, verursacht Schmerzen, und wenn er sich vor der Zeit lostrennt, hat man große Qualen zu ertragen. Zu dieser Unannehmlichkeit gesellt sich noch der Umstand, daß der noch nicht vollkommen entwickelte neue Nagel auch später noch die Fingerspitze nicht gehörig schützt und den empfindlichsten Teil unbedeckt läßt (beim Waschen usw.).

Es ist mir schon oft gelungen, diese Unannehmlichkeit in sehr einfacher Weise aus dem Wege zu schaffen. Ich füllte mit Kollodium die Lücke aus, die sich zwischen dem neuen Nagel und dem Bettrande des hängenden alten Nagels befindet. Ich tröpfelte eine entsprechende Menge dazwischen und auf die Nageloberfläche. Nach dem Eintrocknen kommt eine harte, feste Vereinigung zustande, die die Fingerspitze vollkommen

schützt. Sie kommt nicht mit allen Gegenständen in unliebsame Berührung, gibt dem im Abstofsen begriffenen alten Nagel festen Halt und behindert nicht das Wachstum des neuen. Um dies sicher zu stellen, ist es notwendig, dafs wir nur die Nagelfläche mit Kollodium belegen. Die den Nagel umgebenden Hautteile müssen wir verschonen.

Einmal kam ein starker Mann voller Verzweiflung zu mir, weil sich der hängende Nagel losgetrennt hat und die freie Stelle so empfindlich war, dafs er auch unter dem Watteverbande höllische Qualen zu ertragen hatte, wenn die Fingerspitze mit einem Gegenstande in Berührung gekommen war. Ich hatte schon oft die Erfahrung gemacht, dafs man mit Kollodium den fehlenden Nagel ersetzen kann. Den mit dem neuen Nagel noch nicht bedeckten Fingerteil versah ich sofort mit einer solchen Schicht. Die mit dem Trocknen einhergehende Empfindlichkeit nahm die Geduld des Patienten stark in Anspruch. Ich versicherte ihm, dafs sie nicht länger als eine Stunde anhalten wird. Am nächsten Tage meldete er mir mit grofser Freude, dafs der Schmerz richtig bald aufgehört hat. Ich legte eine neuere dickere Schicht darauf, und er konnte den Finger frank und frei benutzen. Ein grofser Vorteil der Kollodiumschicht ist, dafs sie sich im Wasser nicht auflöst und somit nicht nur Schutz bietet, sondern auch lange anhält.

Dies scheint von ganz geringfügiger Bedeutung zu sein. Es war vielleicht gar nicht am Platze, darüber zu referieren. Bekanntlich bildet sich auch das Meer aus kleinen Tropfen. So viel ist aber sicher, dafs es wenigstens den Vorteil hat, dafs jeder Kollege, der sich so zu helfen weifs, mit Anerkennung an diese Zeilen denken wird.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 75. Heft 2 u. 3.

I. **Zur Kenntnis der Urticaria xanthelasmoidea**, von G. Nobl-Wien. (Schlufs.) In letzten Teil gibt N. eine ausführliche Schilderung der histologischen Funde an einer exzidierten Hautfläche samt dem subcutanen Zellgewebe, wobei aneinandergestellte, kleinerbsengrofe, fein gerunzelte, von verschwommenen Pigmentsäumen umgebene Knötchenaggregate, mäfsig vortretende Pigmentflecke, sowie normale Saumbezirke in das ausgehobene Gewebsstück fielen. Der obere Abschnitt des Papillarkörpers erschien dabei als der Sitz der charakteristischen Gewebsveränderungen, den Höhetypus der Gewebsstörung geben den moluckiformen, feingerunzelten, substanzarmen, weichen Exkreszenzen und Knötchengruppen ab. Die Hauptcharakteristik der Knötchen ist in einer tumorartigen, gegen die Umgebung scharf abgesetzten, fast

lückenlosen Auftreibung auffallend grofser, kubisch abgeplatteter, von grob granulierten Protoplasmasäumen und Fortsätzen umschlossener Zellen gegeben, welch letztere mit Leichtigkeit als Ehrlichsche Mastzellen zu bestimmen sind. Von der histologischen Konfiguration der geschwulstartigen Hervorhebungen, die also in einer förmlichen Mastzellneubildung ihre Ursache haben, weichen die abgeflachten makulösen Komponenten des Exanthems vorzüglich nur in quantitativer Hinsicht ab. Hier wie dort bilden eine üppige Pigmentstauung der basalen Reteschicht, reichliche Einlagerung melanotischen Pigments in die subepitheliale, pathologisch alterierte Gewebszone sowie eine massenhafte, sonst keinem Entzündungsprozesse zukommende Anhäufung von Mastzellagglomeraten in das rarefizierte Gerüst des Papillarkörpers und der subpapillaren, aufgelockerten ödematösen Cutisschicht die Hauptcharaktere der Gewebsveränderung. Auch in diesen, den unregelmäfsig geformten, gelbbraunen, sanft elevierten Flecken entsprechenden Gewebssegmenten tritt die enorme Ansammlung von Mastzellverbänden dominierend in den Vordergrund und genügt für sich allein, um die Unterscheidung der Läsion von allen ähnlichen Gewebsprodukten entzündlicher Natur strikte durchführen zu können. Eine eingehende Schilderung der gesamten histologischen Befunde folgt. Auch bei diesem Falle Nobls ist der Beginn der rasch fortschreitenden Eruption in die ersten Lebensmonate zu verlegen. In diesem frühzeitigen Einsetzen des Prozesses ist ein Hinweis für die Pathogenese gegeben, welche das kongenitale Auftreten des Leidens wahrscheinlich machen. Auffallend ist ferner der völlige Ausfall von urtikariellen Begleitphänomenen. In diesem definitiven Ausbleiben sowie im konstanten Fehlen einer vasomotorischen Erregbarkeit ist keineswegs eine prinzipielle Abweichung von der typischen Charakteristik des Krankheitsprozesses gegeben, dies um so weniger, als der Urtikation in der Entwicklung und dem Verlaufe des Leidens nur der Rang eines nicht konstanten und temporären akzidentellen Begleitphänomens beizumessen ist, das zu den Grundveränderungen in keiner ursächlichen Beziehung steht. Selbst bei Kranken, die in exquisiter Weise das Symptom des Dermographismus darboten, war die künstliche Provokation von Quaddeln nie imstande, die Bildung von typischen pigmentierten persistierenden Wülsten hervorzurufen. Nobl kann nicht der Ansicht derer beipflichten, die in den häufig verfolgten urtikariellen Reizphänomenen, welche das Symptomenbild einzuleiten pflegen, die Ursache des Krankheitsprozesses erblicken. Hält man die auch in Nobls Fall zutage getretene Evolution des Krankheitsprozesses in den ersten Lebensmonaten, mit dem exquisit geschwulstartigem Baue und Charakter der von entzündlichen Veränderungen freien spezifischen Gewebskomponenten des Exanthems zusammen, würdigt man ferner den notorisch viele Dezennien überdauernden, unveränderten Bestand der zur Zeit des regsten Wachstums am üppigsten proliferierenden Formationen, so kann für die pathogenetische Auffassung des Leidens nur die Annahme resultieren, dafs es sich hierbei um eine kongenitale Anlage handelt, die erst im Extrauterinleben, zur Zeit des Wachstums und der Einwirkung unbekannter formativer Reize zur charakteristischen Proliferation gelangt.

II. **Über Erythema induratum** (Bazin), von Franz Hirsch - Frankfurt a. M. (Schlufs.) Den kasuistischen Mitteilungen schliefst Verfasser die Besprechung der Literatur über diese Erkrankung an, von der er etwa 80 Fälle gefunden hat. Meistens handelt es sich um weibliche Personen aller Altersstufen. In sehr vielen Fällen sind gleichzeitige tuberkulöse Befunde vermerkt, die Hauptlokalisation bilden die Unterschenkel. Auch H.s Fall ruft histologisch den Verdacht auf Tuberkulose wach, wie man überhaupt vermutet, dafs es sich beim Erythema induratum Bazin um einen tuberkulösen, und zwar um einen bazillären Prozefs handelt, wenn auch Bazillen fehlen.

III. **Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. Über Quecksilbervergiftung,** von J. Justus-Budapest. Der Zweck dieser Arbeit ist, zu erforschen, in welcher Weise das in den Organismus eingedrungene Quecksilber in demselben verteilt wird, welche Organe es aufnehmen, wie es sich in den Zellen verhält und auf welche Weise es zur Ausscheidung gelangt. Dieser Nachweis wird auf mikroskopisch histochemischem Wege erbracht; mittels dieser Methode versuchte J. die therapeutische Aktion des Quecksilbers zu erklären. Jetzt will er die Verwendbarkeit der Methode zur Erforschung der Quecksilbervergiftung demonstrieren. Untersucht wurden Niere, Haut, Leber, Herz, Pankreas, Darm, Lunge, und zum Schlusse untersucht J. noch die Erscheinungsweise des HgS in der einzelnen Zelle.

IV. **Über die Natur der nach der Justusschen Methode des Quecksilbernachweises in den Geweben erhaltenen Niederschläge,** von Conrad Siebert-Breslau. Justus behauptet, dafs man in Geweben, die von einem Organismus stammen, in dem Quecksilber zirkuliert, nach der von ihm angegebenen Methode das Quecksilber mikroskopisch als Quecksilbersulfid nachweisen könnte. Zu diesem Zwecke müfsten die Präparate zunächst in einer Zinksalzlösung von bestimmter Konzentration fixiert werden und dann mit Schwefelwasserstoff in mit Salpetersäure angesäuertem Wasser behandelt werden. In den Schnitten so behandelter Präparate fände man das Quecksilber als Quecksilbersulfid in Gestalt bestimmt aussehender und bestimmt angeordneter Niederschläge. Diese Justusschen Untersuchungen hat Siebert nachgeprüft und kommt in einer längeren Arbeit zu dem Resultat, dafs die Niederschläge, die man in den Präparaten enthält, kein Eisensulfid und auch kein Quecksilbersulfid sind, sondern dafs sich aus dem zur Fixation verwendeten Zinksalze bei der nachherigen H_2S-Behandlung Zinksulfid gebildet hat, das der Lösung durch Salpetersäure in schwächerer Konzentration widersteht. Die Körnchen erscheinen als undurchsichtige Körper in dem durchfallenden Lichte des Mikroskops dunkel gefärbt, obgleich das Zinksulfid als solches ein weifser Körper ist.

V. **Untersuchungen über die Veränderungen der Epithelien der Samenkanälchen und der Spermatozoen in vier Fällen von Syphilis,** von Pietro Guizetti-Cagliari. Verfasser untersuchte an vier Luetikern, die er genau beschreibt, die Epithelien der Samenkanälchen. Aufser bei Syphilis hat man bisher nur Veränderungen derselben gefunden bei seniler Atrophie, Ectopia congenita testis und pathologischen oder operativen Verschlufsprozessen des Samenleiters. Von den vier Fällen des Verfassers befand sich der erste Fall noch im sekundären Krankheitsstadium, der zweite mufste schon seit einiger Zeit ins späte Stadium eingetreten sein, ohne aber makroskopische Veränderungen der Hoden zu zeigen; beim dritten Fall war am Hoden eine gummöse Narbe, und der vierte Fall hatte eine bilaterale Orchitis fibrosa. Die Untersuchung des ersten Falles ergab folgende Veränderungen: In den Spermatozoen waren die Veränderungen durch eine hydropische Anschwellung des Verbindungsstückes oder durch eine Anschwellung des Kopfes in Verbindung mit Chromatolyse charakterisiert; diese Alterationen waren zuweilen getrennt voneinander, zuweilen kamen sie in einem und demselben Spermatozoon vereint vor. Es kam auch mancher verlängerter und in der Mitte nach Art der Seidenkokons eingeschnürter Kopf vor. Diese Veränderung wurde auch bei einigen Spermatozoen innerhalb des Hodens konstatiert. In den Samenkanälchen beschränkten sich die Alterationen der Epithelien gewöhnlich auf umschriebene Kanälchenpartien. Sie waren in den Spermatiden durch Hyperchromatose der Kernwand und anfangenden Hydrops des Kernes gekennzeichnet. Bei anderen sah man statt dessen eine Anschwellung oder Hydrops des Protoplasmas mit Kernchromatolyse. Es kamen auch einige plurinukleäre Riesenspermatiden vor. Die Spermatocyten waren bezüglich des Kernes am meisten ver-

ändert, sie wiesen Hyperchromatose mit Chromatolyse und chemische Transformation der Kernsubstanz oder Karyorhexis auf; das Protoplasma zeigte eine Verdickung und einen gewissen Grad Affinität für saure Anilinfarben. Beim Fall II waren in beiden Hoden zwischen den Kanälchen kleine vielfache Entzündungsherde verschiedenen Alters, aufserdem noch eine diffuse amyloide Degeneration der Arterien. Bezüglich der Epithelien der Samenkanälchen waren die Spermatosomen im allgemeinen normal, bei den Spermatiden kamen häufig Formen von Karyorhexis mit Hyperchromatose und hydropische Degeneration des Kerns vor. In einigen Spermatocyten kamen Formen von Hyperchromatose mit Chromatolyse vor. Sowohl in den Spermatiden als auch in den Spermatocyten sowie in den Spermatogonien beobachtete man in guter Anzahl Formen von Chromatolyse mit saurer Reaktion des Kernes und eine ungewöhnliche Affinität desselben für saure Anilinfarben. Diese Degenerationen der Epithelien zeigten, die einen mehr, die anderen weniger, dafs sie mit der Destruktion der Elemente enden. Auch die Kerne einiger Zwischenzellen zeigten Chromatolyse. Im dritten Falle war der luetische Prozefs des Hodens schon geschwunden, und es blieben nur die Narbe und die amyloide Arteriendegeneration zurück; doch in der erhaltenen Hodenpartie waren die Epithelien der Samenkanälchen normal. Im vierten Fall hatten zugleich mit einer sehr fortgeschrittenen diffusen Sklerose die Veränderungen der Epithelien ihren Höhepunkt erreicht, welcher der totalen Zerstörung vorhergeht. Als Folge davon war vollständige Azoospermie eingetreten. Wirft man auf diese vier Fälle einen synthetischen Blick, so leuchtet es ein, dafs sie voneinander verschieden sind und nicht Stadien eines einzigen Prozesses darstellen. Fall I zeigt, dafs in den Hoden isolierte Degenerationen ohne Entzündungserscheinungen vorkommen können. Fall II ist ein Beispiel, dafs eine Orchitis syphilitica in einem solchen Grade vorkommen kann, dafs sie dem Arzte entgeht. Fall III beweist, dafs nach einem geheilten Gumma im konservierten Teile des Hodens die Samenbildung sich wiederherstellen kann. Fall IV lehrt, dafs das Ende der Orchitis fibrosa in einer vollständigen Destruktion der Epithelien der Samenkanälchen mit nachfolgender Azoospermie besteht.

VI. **Zur Ätiologie der sogenannten spontanen oder multiplen spontanen, oder neurotischen und hysterischen Gangrän auf Grund von fünf Fällen**, von S. Róna-Budapest. Schon 1900 berichtete R. über einen Fall von Herpes zoster gangraenosus hystericus Kaposi, den er inzwischen weiter beobachtete und zu dem sich in den letzten Jahren vier weitere Fälle gesellten, welche Róna beschreibt und die sämtlich dem Bilde der von Kaposi aufgestellten Krankheit entsprechen. Bei den letzten beiden Fällen fanden sich ausgesprochene hysterische Stigmata vor, und bei Fall 4 intonierte die Hautläsionen irgendein Trauma. Die bei den hysterischen beobachteten nekrotischen Hautveränderungen braucht man nicht durch erkünstelte Hypothesen zu erklären, sie sind alle erklärlich durch Selbstbeschädigungen infolge der aus dem hysterischen Charakter hervorgehenden Auffallungssucht und Neigung zur Simulation. R. stellt folgende Schlufssätze auf:

1. Die von Kaposi aufgestellte Krankheitsform Herpes zoster gangraenosus hystericus ist nicht aus der Gruppe der „spontanen multiplen neurotischen Gangrän" auszuscheiden.

2. Die Läsionen dieser Hauterkrankung sind stets nur bei hysterischen oder Simulanten zu beobachten und stellen nichts anderes dar als künstliche Läsionen, hervorgerufen durch irgendein Ätzmittel.

3. Bei Hysterischen sind diese Selbstbeschädigungen als Ausflufs des hysterischen Charakters aufzufassen.

4. Die von den Autoren angegebenen morphologischen und pathologisch-anato-

mischen Differenzen der Läsion sind von der Differenz der chemischen Substanz, deren Konzentration und Anwendungsdauer und der verschiedenen Irritabilität der verschiedenen Individuen abhängig.

VII. **Ein Fall von „systematisiertem Naevus"**, von RUDOLF POLLAND-Graz. Es handelt sich um einen angeborenen Naevus der rechten Rumpfhälfte, welcher auch auf den rechten Arm übergreift, er repräsentiert einen metameralen Naevus im Sinne BLASCHKOS, der aber nicht nur die Dermatomgrenzen, sondern im Sinne SÖLLNERS auch die Dermatomflächen besetzt, und bei welchem die gestörte Wachstumsenergie in einer Anzahl von Segmenten zu einer Hyperplasie vorwiegend des Papillarkörpers geführt hat, ohne daſs sich atypische Zellgruppen gebildet hätten.

VIII. **Zur Frage der Blennorrhoeheilung und des Ehekonsenses bei Blennorrhoe**, von LEONHARD LEVEN-Elberfeld. L. betont, ebenso wie es auch LESSER, WOSSIDLO, FRITZ MEYER und KORNFELD taten, daſs es für ihn, um den Ehekonsens zu geben, nicht genüge, daſs im eventuellen Sekret keine Gonokokken mehr gefunden werden. Solange noch massenhaft Leukocyten vorhanden sind, so hält er doch ein verstecktes Vorhandensein von Gonokokken für möglich. Er fordert mit Recht, daſs die Leukocyten entweder ganz fehlen oder stets nur in ganz geringer Menge vorhanden sind, da man sonst in der Ehe häufig noch unliebsame Überraschungen erleben kann.

IX. **Psorospermosis follicularis vegetans DARIER**, von J. BUKOVSKY-Prag. Verfasser beobachtete auf TARNOWSKYS Klinik einen Fall, welcher der Psorospermosis entsprach, aber in einigen Punkten von der gewöhnlichen Form abwich. Trotzdem erklärt er diesen Fall nach den dabei gemachten klinischen Erfahrungen und den histologischen Befunden für einen DARIERschen Fall. Es handelt sich um eine Epidermiserkrankung, bei der sich auſser der Akanthosis eine atypische Verhornung abspielt. Diese Verhornung beginnt schon in der Stachelzellenschicht, setzt sich fort ohne Keratohyalinzellen zu bilden, und bildet eine Hornschichte, welche von der normalen abweicht. Dieser pathologische Zustand kommt nicht in allen Zellen vor, sondern der kleinere Teil derselben macht die normalen Verhornungsphasen durch, und da bildet dann die Hornschichte, soweit sie aus der normalen Verhornung ihren Ursprung nimmt, ein Netz, in welchem die atypisch verhornten Zellen liegen. Makroskopisch verläuft der Prozeſs wie eine Hauterkrankung, welche aus flachen, mit einem Schüppchen bedeckten Knötchen ihren Ursprung nimmt. Die Knötchen vergröſsern sich durch Apposition, flieſsen zu gröſseren Gebilden zusammen und bilden endlich Papillargebilde. Die Erkrankung lokalisiert sich an allen Kontaktflächen, in der Nabelgegend, an der behaarten Kopfhaut, dem Gesichte und in der Nachbarschaft dieser Stellen. Der Verlauf ist eminent chronisch, ohne jedes subjektive Symptom. Auf den übrigen Organismus hat die Erkrankung keinen Einfluſs. Diese für die Diagnose der Psorospermosis typischen Symptome berechtigen Verfasser, den Fall zu dieser Gruppe zu rechnen, trotzdem in Einzelheiten Differenzen vorkommen. Die differenzierenden Symptome sind folgende: 1. Die parakeratotischen Prozesse in der Epidermis haben ein starkes Übergewicht über die normale Verhornung, wodurch die Kohärenz der Hornmassen verringert wird. Deswegen sieht man makroskopisch eine nur kleine Anhäufung von Schuppen oder überhaupt keine Schuppenbildung. 2. Die entzündlichen Symptome im Corium treten gleich beim Beginne der Entstehung der Efflorescenzen hervor, erreichen groſse Dimensionen, verursachen eine scheinbare Bildung von Bläschen und nässenden Flächen, welche der gewöhnlichen Therapie trotzen. 3. Die papillären Bildungen haben ihren Ursprung in dem Versinken der Efflorescenzen in die entzündlich verdickte Haut. 4. Nach einer Arsentherapie besserte

sich der Prozeſs, trotzdem die Haut bei der Entlassung an vereinzelten Stellen nicht intakt war.

X. **Über die Beziehung des Lupus erythematodes zur Tuberkulose**, von Otto Kren-Wien. Ein Fall von typischem Lupus erythematodes kam zufällig zur Sektion. Die Sektion ergab, daſs absolut keine Tuberkulose irgendwelcher Organe vorhanden war. Es ist dieses ein neuer Beweis, daſs der Lupus erythematodes eine selbständige Krankheit ist, die mit der Tuberkulose nichts zu tun hat, wenngleich diese Krankheit noch von vielen zu den Tuberkuliden gerechnet wird, weil öfters Tuberkulose daneben gefunden wurde. Die Sektion bewies also in diesem Falle das Gegenteil.

XI. **Untersuchungen über Prostatasekret, insbesondere die Corpora amyloidea**, von Fr. Bering-Kiel. Bei der Erkrankung der Harn- und Geschlechtsorgane ist die Phosphaturie eine fast regelmäſsige Erscheinung. Am häufigsten wird diese Aciditätsanomalie des Harnes bei akuter oder häufiger noch bei chronischer Prostatitis gefunden, und zwar so regelmäſsig, daſs sich mit hoher Wahrscheinlichkeit von dem Bestehen dieser auf das Vorhandensein einer Prostatitis schlieſsen läſst. Da nun die Angaben über normales Prostatasekret nur sehr spärlich sind, macht Verfasser dieses zum Gegenstand seiner Untersuchung. Die Leukocyten, welche man bei einer Prostatitis im Prostatasekret findet, sind kleiner als bei einer Urethritis blenn. anterior, meist einkernig, und ihr Protoplasma ist eigentümlich granuliert. Die Reaktion des normalen Prostatasekretes ist meistens deutlich sauer, selten neutral, nie amphoter. Wenn man das milchig trübe, eigentümlich riechende Sekret unter dem Deckglas untersucht, so sieht man runde Gebilde durch das Gesichtsfeld ziehen. Die einen, kernlos und etwas granuliert erscheinend, sind etwa von der Gröſse eines roten Blutkörperchens, die anderen kaum halb so groſs, rund und vollständig glatt. Eigenbewegungen fehlen diesen Körperchen, Epithelzellen kommen nur in spärlicher Menge vor. Böttgersche Kristalle fand B. nicht. Läſst man das Sekret eintrocknen, so sind alle Körperchen kristallisiert. Aus den groſsen runden Körperchen bilden sich Corpora amyloidea. Es zeigen sich in dem Sekret keine Leukocyten, keine Bakterien, nur diese Kristalle, während bei der kranken Prostata je mehr Leukocyten, desto weniger Kristalle sich zeigen. Die beim Trocknen zu Kristallen verwandelten Corpora amyloidea liegen innerhalb der mit Epithel ausgekleideten Drüsenschläuche. Ihre Form ist dem Querschnitt des Drüsenlumens entsprechend, ebenso ihre Gröſse. Im allgemeinen wird in einem Drüsenschlauch nur ein Corpus produziert. Es stoſsen sich also aus der Reihe der Epithelzellen einige ab, welche sich zusammenballen und so als corpuskuläre Elemente die Centren bilden für die Entstehung der Amyloidkörper, deren eigentliche Substanz aus dem Blute ausgeschieden wird. Es handelt sich in den Corpora amyloidea zum gröſsten Teil um phosphorsauren Kalk; durch die Tätigkeit der Drüsenepithelien scheiden sich aus dem Blute Diphosphate und Triphosphate aus, welche sich um abgestoſsene und degenerierte Epithelzellen zusammenlagern, so das Bild der Corpora amyloidea geben und als Prostatakonkremente durch die Funktion der Prostatamuskulatur ausgestoſsen werden. Die Bildung dieses phosphorsauren Kalkes ist physiologisch. Die Prostata neigt somit zur Steinbildung. Anstatt der Corpora amyloidea schlägt B. den Namen Prostatakalk vor.

XII. **Über Pseudoxanthoma elasticum Darier**, von C. Gutmann-Straſsburg i. Els. Aus Wolffs Klinik teilt Verfasser einen zweifellosen Fall von Pseudoxanthoma elasticum bei einer 23½jährigen Puella mit, dessen Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde. Verfasser bespricht dann Ätiologie und Differentialdiagnose und teilt durchaus die Auffassung von Juliusberg, daſs wir vorläufig vier Affektionen: senile bezw. präsenile Degeneration der Haut, Colloidoma

miliare, kolloide Degeneration in Granulations- und Narbengewebe und Pseudoxanthoma elasticum voneinander trennen müssen. Was speziell das letztere betrifft, so möchte G. noch betonen, dafs es ihm für die völlige Klärung der Ätiologie dieses Leidens von der gröfsten Tragweite zu sein scheint, mit möglichster Genauigkeit und Sorgfalt bei weiteren Beobachtungen die Anamnese jedes Falles und seiner Familie zu erheben, um festzustellen, ob die Anschauung, dafs wir es hier mit einem „Naevus elasticus" zu tun haben, richtig oder falsch ist.

XIII. **Zur Kenntnis der lokalen Veränderungen nach hypodermatischen Injektionen eines schwefelhaltigen Jodöls bei Syphilis**, von Tokeyiro Suzuki-Dresden. Die umfangreichen Untersuchungen ergaben, dafs man bei den subcutanen Injektionen von schwefelhaltigem Jodöl im Gegensatz zu gewöhnlichem Öl, speziell Sesamöl starke Reizerscheinungen in dem Gewebe bemerkt. Durch die mechanische Wirkung der eingespritzten Masse bilden sich einfache oder konfluierende Hohlräume in den Gewebespalten; die Masse wird durch die Gewebespalten noch weiter nach der Peripherie getrieben, wo verschiedene kleine Hohlräumchen sich bilden, und noch weiter durch die Gewebselemente, zwischen denen wir sie als Öltröpfchen finden. Um Fetttropfen bildet sich schon nach drei Tagen eine Entzündung, und dabei treten Zellen auf, die ihrem morphologischen Charakter nach als Leukocyten und Abkömmlinge fixer Gewebszellen anzusehen sind. Ferner wurden Riesenzellenbildungen beobachtet. Die zellige Wucherung zerlegt die gröfseren und kleineren Fetttropfen, wobei eine reichliche Aufnahme von Fetttröpfchen in die Zellen stattfindet. Stellenweise kommt es zur Bildung von Wucherungsherden, welche miliaren Gummen oder Tuberkeln sehr ähnlich sehen. Die zentrale Nekrose in solchen Herden entsteht unter dem direkten schädigenden Einflusse des schwefelhaltigen Jodöls, welches auch eine Nekrose der Muskelfasern hervorzurufen vermag. Das Granulationsgewebe schrumpft allmählich und verwandelt sich in Bindegewebe. Das subcutan injizierte schwefelhaltige Jodöl wird langsam in einigen Minuten, und zwar vorwiegend durch Zellen resorbiert, aber schneller als Sesamöl, denn es findet infolge der starken Reizung der Zellen eine lebhaftere Phagocytose statt. Dem Reiz dieses Jodöls gleich erachtet Verfasser den durch Salizylquecksilber. An der Gummabildung durch letzteres zweifelt er, die Kontrollversuche mit Jodöl an Ratten berechtigen dazu. Für die Zwecke der Ernährung hat die subcutane Jodfettinjektion keinen Wert, für die Therapie der Syphilis nur einen bedingten.

XIV. **Über die Jodausscheidung nach grofsen Jodkaliumdosen und bei cutaner Applikation einiger Jodpräparate**, von Sophie Lipschitz-Bern. Verfasserin machte eine grofse Versuchsreihe über Jodausscheidung in grofsen Einzelgaben und auch in fortgesetzten gröfseren Gaben und machte dabei die Bemerkung, dafs bei der Elimination des Jodkaliums im Harn sowohl nach einmaliger Gabe wie nach längerem Gebrauch die Individualität eine grofse Rolle spielt, wie die Differenzen in den Prozentsätzen des ausgeschiedenen Jods zeigen. Die tägliche Ausscheidung ist sehr schwankend. Immer bleiben relativ erhebliche Mengen, 20—35%, im Organismus zurück oder werden auf anderen Wegen ausgeschieden. Der Darm spielt als Ausscheidungsorgan eine sehr untergeordnete Rolle. Die Dauer der Ausscheidung im Harn ist ebenfalls individuell verschieden. Sie verläuft intermittierend und kann drei Tage bis mehrere Wochen andauern, je nach der Dauer der vorhergehenden Jodkaliumkur. Jodismuserscheinungen können eintreten, ohne dafs die Ausscheidung im Harn eine Beeinträchtigung erleidet. Im Anhange folgt die Untersuchung über die Jodausscheidung bei cutaner Applikation von Jodipin, Jodvasogen, Jothion. Bei ersterem war eine Resorption nicht nachweisbar, beim zweiten wurde nur dann eine kleine Menge Jod im Harn ausgeschieden, wenn das Präparat freies Jod enthielt,

auch beim Jothion ist die Ausscheidung im Harn gering, bei wiederholter Verreibung ein und derselben Menge des Jothionpräparates findet in der Jodelimination eine Kumulation statt.

XV. **Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber planus**, von S. Bettmann-Heidelberg. B. berichtet über verschiedene Fälle von Lichen ruber planus, besonders über einen solchen bei einem Geschwisterpaar, und einen bei zwei Brüdern. Er verbreitet sich über das Für und Wider der infektiösen Auffassung des Leidens und über den Einfluſs äuſserer Reize für das Entstehen und die Lokalisation des Lichen ruber planus. Weiter bespricht B. den Lichen ruber planus der Schleimhäute, bei dem lokale Reizerscheinungen eine Rolle zu spielen scheinen. Der letzte Fall betrifft einen strichförmigen Lichen mit Beteiligung der Nägel. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band VIII. Heft 9. Juni 1905.

Beitrag zur Untersuchung des Tastsinnes, von Josef Gussmann-Budapest. Die Untersuchungen wurden an Universitätshörern vorgenommen, von denen vier am ganzen Körper und acht an den leicht zugänglichen Körperteilen untersucht wurden. Eine Tabelle zeigt die aus den Daten sämtlicher Untersuchungen resultierenden, durchschnittlichen Werte in Mikrone (0,001 mm) ausgedrückt. Der niedrigste Wert entspricht der Fingerkuppe, was so viel bedeutet, daſs diese Gegend den für die Perzeption der Rauheit empfindlichsten Teil unseres Körpers bildet; die geringste Empfindlichkeit zeigen Rücken und Nacken. Am Oberarm und Oberschenkel ist der Rauheitssinn vollkommener als der Ortssinn. Eine Einreibung mit Benquéschem anästhesierenden Balsam ergab, daſs auch die bei bestehendem Taubheitsgefühle der Haut ausgeführten Untersuchungen sozusagen gar keine nennenswerte quantitative Empfindungsveränderung ergaben. Die sämtlichen Untersuchungen geschahen mit dem Graham Brownschen Ästhesiometer und ergaben, daſs eine derartige Durchforschung der Haut sich in erster Reihe zur physiologischen Erforschung des Tastsinnes geeignet zeigt, da es hierdurch gelingt, dieses interessante und wichtige Sinnesorgan ein wenig auch von anderer Seite zu beleuchten. Für klinische, namentlich neurologische Zwecke aber hält Verfasser diese Untersuchungsmethode, im Gegensatze zu Graham Brown, noch für unvollkommen, denn abgesehen davon, daſs erst diese Versuche von anderen wiederholt werden müssen, wäre auch eine gewisse Modifikation des im ganzen sehr geistreich konstruierten Apparates vonnöten, so in erster Reihe die Regulierbarkeit der Temperatur desselben, die sich am einfachsten durch Anschluſs einer Leiterschen Röhre erzielen lieſse, wodurch aber der Apparat wieder viel von seiner handlichen Form verlieren würde. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 6.

1. **Über Besonderheiten beim Lupus erythematosus**, von W. Bornemann-Frankfurt a. M. Beschreibung dreier Fälle von Lupus erythematosus mit eigentümlichen Komplikationen. Der erste Fall betraf einen 42jährigen Mann, bei dem auf dem Boden eines alten, floriden Lupus erythematosus mehrere typische Papillome entstanden. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 28jährige, mit Lungenspitzenkatarrh behaftete Patientin, bei der sich neben einem an den Ohren und auf der Kopfhaut lokalisierten Lupus erythematosus auf der rechten Wange eine klinisch als Lupus vulgaris imponierende Affektion fand. Diese reagierte auf Injektion von 0,1 mg

Alttuberkulin sehr stark und zeigte auch histologisch den reinen Typus eines Lupus vulgaris, so daſs an der Richtigkeit der Diagnose nicht gezweifelt werden konnte. Der Lupus erythematosus blieb durch die Tuberkulininjektion unbeeinfluſst. Ob ein Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen bestand oder ob nur eine zufällige Koinzidenz vorlag, läſst sich nicht entscheiden. Jedenfalls ist es unwahrscheinlich, daſs sich etwa der anfänglich reine Lupus erythematosus zum Teil in einen Lupus vulgaris umgewandelt habe; eher wäre es denkbar, daſs der Lupus erythematosus den Boden vorbereitet hat für eine tuberkulöse Infektion der Haut, sei es von auſsen, sei es auf dem Blutwege.

Im dritten Falle endlich handelte es sich um eine 27jährige, im siebenten Monat gravide Frau mit ausgedehntem Lupus erythematosus im Gesicht und ödematöser, elephantiastischer Schwellung des erkrankten Hautbezirkes. Entstanden war die Schwellung nach einem abscedierenden Streptokokkenerysipel, das auf dem Boden des Lupus erythematosus aufgetreten war und im weiteren Verlaufe noch zweimal rezidivierte; die ödematöse Veränderung war nach diesen Rezidiven noch ausgesprochener als zuvor. B. bezeichnet die Schwellung als Erysipelas perstans faciei im Sinne von Johnston und Ehlers, d. h. als ein nach vorausgegangenem Erysipel persistierendes, durch Lymphstauung verursachtes Ödem. Die Patientin hatte auſserdem noch Erythematosusherde an den Fingern (Lupus pernio) und auf einigen Impfnarben. An der Innenseite der Nates fand sich eine etwa fünfmarkstückgroſse, oberflächlich erodierte, mit einer braunen Kruste bedeckte, lividrote Plaque mit peripherer Schuppung; diese Affektion war ursprünglich als Syphilid gedeutet worden und hatte zur Einleitung einer Schmierkur Veranlassung gegeben, späterhin aber wurde auch dieser Herd als Lupus erythematosus angesprochen, obwohl die Kranke einen stark macerierten Fötus gebar. Endlich waren auf der Haut des Rückens, der Brust und der Streckseite beider Oberarme kleine, kreisförmig gruppierte, teils leicht elevierte, teils im Niveau der Haut liegende, kaum stecknadelkopfgroſse, knötchenförmige Effloreszenzen von lividroter Farbe zu sehen; die Haut fühlte sich an diesen Stellen rauh an, die Knötchen waren von feinen Schuppen bedeckt. Dieses Exanthem, das während der Beobachtungszeit bis auf einige erst später aufgetretene Knötchengruppen am Bauche ganz allmählich verschwand, muſste nach dem klinischen Befunde als Lichen scrophulosorum diagnostiziert werden; doch sprach gegen diese Auffassung der Umstand, daſs sonst keine Zeichen irgendwelcher tuberkulösen Erkrankung vorhanden waren, und daſs dreimalige Injektion von Alttuberkulin weder örtliche noch allgemeine Reaktion hervorrief. Die Kranke endete durch Selbstmord. Bei der Sektion ergaben sich in erster Linie keinerlei Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose. In der Vagina fanden sich an der oberen Hälfte der Rück- und Vorderseite ca. 15 runde, ziemlich regelmäſsige, 1—2 mm im Durchmesser haltende leichte Erhabenheiten von blauroter Farbe, die an der Rückseite zu einer gröſseren Gruppe zusammengeflossen waren; sie stellten sowohl nach dem makroskopischen Bilde wie nach dem histologischen Befunde einen Lupus erythematosus der Vaginalschleimhaut dar, wie er in dieser Art noch nicht beschrieben worden ist. Die histologische Untersuchung der klinisch als Lichen scrophulosorum imponierenden Effloreszenzen ergab auſser uncharakteristischen Infiltraten um die Gefäſse, Drüsen und Haarbälge nichts Besonderes, also ein Befund, der die klinische Diagnose nicht zu stützen vermag.

Zur Entscheidung der Frage, ob der Lupus erythematosus tuberkulösen bezw. toxischtuberkulösen Ursprungs ist oder nicht, lassen sich die drei Fälle nicht verwerten.

2. **Beitrag zur Kenntnis des Pigmentes**, von Hans Vörner-Leipzig. V. hat an Schnitten von frischen Epheliden beobachtet, daſs in ihnen sehr viel goldgelbes, aber nur wenig dunkles Pigment enthalten ist; das dunkle hat immer, das gelbe

meist die Gestalt von Körnchen, aufserdem kommt aber auch gelbes Pigment vor, das die Gestalt einer strukturlosen goldgelben Masse hat. Alle drei Arten von Pigment finden sich in den verzweigten Zellen der Cutis und in den Epithelzellen der Epidermis ziemlich gleichmäfsig verteilt. Wurde auf frische, in Glycerin liegende Schnitte Alkohol gebracht, der das Glycerin verdrängt, dann verschwand ein beträchtlicher Teil des goldgelben Pigmentes. Das dunkle körnige Pigment wird vom Alkohol gar nicht angegriffen, die gelben Körnchen werden zum Teil mehr oder weniger blafs, dagegen wird das goldgelbe Pigment, das strukturlos wie eine Flüssigkeit die Zellen erfüllt, durch den Alkohol vollständig entfernt; Zellen, die nur solches Pigment enthalten, werden farblos. Bringt man die mit Alkohol behandelten Schnitte in Methylenblau, so färben sich die Zellen, die ihr Pigment ganz oder teilweise verloren haben, namentlich aber die Protoplasmateile, die vordem von strukturlosem gelben Pigment durchtränkt waren, sehr gut; das Pigment als solches scheint überhaupt keine Farbe anzunehmen. Ähnlich wie Alkohol wirken Äther-Chloroform und destilliertes Wasser auf das Pigment; aber auch in Glycerin erhalten sich die Präparate nicht auf die Dauer unverändert. Nur wenige Pigmentflecke der Haut sind für die Untersuchung geeignet, da nicht alle eine gröfsere Menge wasser- und alkohollöslichen Pigmentes enthalten; am besten sind wohl im Entstehen oder im Wachsen begriffene Epheliden zu verwenden. Aber auch im Bulbus von rötlichen Kopfhaaren konnte V. strukturloses gelbes Pigment nachweisen.

Das strukturlose goldgelbe Pigment ist flüssiges Pigment. Der Nachweis dieses flüssigen Farbstoffes spricht für die Richtigkeit der Theorie, dafs das körnige Pigment aus einem flüssigen Körper entsteht. Das ist um so wahrscheinlicher, als das körnige Pigment durch pigmentzerstörende Mittel vor der völligen Auslaugung in gelbes flüssiges Pigment umgewandelt wird.

3. **Über eine durch Scilla maritima hervorgerufene vesikulöse Dermatitis nebst Bemerkungen über die Bedeutung der Raphiden,** von Erich Hoffmann-Berlin. H. beobachtete bei zwei Frauen, die mit Blättern oder der Zwiebel von Scilla maritima in Berührung gekommen waren, eine eigenartige vesikulöse Dermatitis, charakterisiert durch mehr oder weniger heftiges Brennen und Jucken, durch eine mäfsige Schwellung und geringe Rötung der von der Pflanze direkt getroffenen Haut und durch das nach 12—24 Stunden beginnende Aufschiefsen stecknadelknopf- bis hanfkorngrofser praller Bläschen, die eine feste glatte Decke und einen völlig klaren Inhalt besafsen. Wo die Haut am meisten gereizt war, standen die Bläschen dicht, ohne indessen zu konfluieren, nach der Peripherie des Krankheitsherdes hin wurden sie spärlicher und entwickelten sich hier auf anscheinend normaler Haut, so dafs mitunter kaum ein feiner roter Saum an ihrem Rande erkennbar war. Unter indifferenter Behandlung gingen Rötung und Schwellung der Haut in wenigen Tagen zurück, die Bläschen begannen vom dritten bis vierten Tage an einzutrocknen, und nach einer geringen Abschilferung war die Affektion in 10—14 Tagen abgeheilt.

Die histologische Untersuchung zweier Hautstückchen, die in dem einen Falle vom erkrankten Handrücken exzidiert worden waren, ergab, dafs die Bläschen wohl in den tieferen Reteschichten ihren Ursprung nehmen und durch ein vorwiegend intercellulares Ödem im Rete entstehen. In dem gröfsten der untersuchten Bläschen findet sich ein ganz atrophischer Lanugobelag; die übrigen haben keine Beziehungen zu den Follikeln. Die Decke der Bläschen wird stets von der unveränderten, nirgends kernhaltigen Hornschicht, dem Stratum lucidum und mitunter auch noch von einigen Körner- und abgeplatteten Retezellen gebildet; nur in der Decke gröfserer Blasen fehlt stellenweise das Keratohyalin. Seitlich und unten werden die prall gefüllten Bläschen von stark abgeplatteten Retezellen, zwischen welchen durch intercellulares Ödem bedingte Lücken

sich finden, begrenzt. Eine Wucherung der Stachelzellen ist nicht nachzuweisen. Im Inhalte kleinerer jüngerer Bläschen sind besonders am Rande abgelöste und abgerundete Retezellen vorhanden, die gröfstenteils schnell in runde, nur selten noch Kernreste enthaltende Schollen und Kügelchen zerfallen, mitunter auch blasig aufquellen. Im Inhalt gröfserer Bläschen finden sich auffallend zahlreiche eosinophile Zellen; solche sind auch in der Cutis, zumal um die Gefäfse herum, in grofser Zahl nachzuweisen. Am Grunde und in der Umgebung der Bläschen zeigt die Cutis ein mäfsig starkes Ödem; die Gefäfse sind nicht wesentlich erweitert und nur wenig mit Blut gefüllt, in ihrem Lumen finden sich verhältnismäfsig zahlreiche Leukocyten, und zwar vorwiegend solche mit eosinophiler Körnelung. Irgendwelche Mikroorganismen liefsen sich im Bläscheninhalt nicht nachweisen. Aus diesem mikroskopischen Befunde ergibt sich, dafs die Scilla-Dermatitis eine toxisch bedingte Hautentzündung ist; die Laugenlösung und der schnelle Zerfall der Retezellen in den jüngeren Bläschen, der reiche Gehalt an eosinophilen Zellen in späteren Stadien weisen mit Bestimmtheit auf eine Giftwirkung hin. Vom Ekzem läfst sich diese Dermatitis nach dem histologischen Bilde sehr wohl unterscheiden.

Bisher wurden mehrfach für die hautreizende Wirkung der Meerzwiebel die zahlreich in ihr enthaltenen Kalkoxalatnadeln, die Raphiden, verantwortlich gemacht; nach den Versuchen Lewins sowie nach den Experimenten und Beobachtungen des Verfassers jedoch haben diese Raphiden an der Giftwirkung sicherlich keinen nennenswerten Anteil. Welcher Stoff aber die Reizwirkung bedingt, läfst sich zurzeit noch nicht sagen; vielleicht ist es ein flüchtiger oder leicht zersetzlicher Stoff, etwa ein ätherisches Öl. *Götz-München.*

Monatsberichte für Urologie.

1905. Band X, Heft 6.

Ein operierter und geheilter Fall einer in der Prostatagegend sitzenden Echinococcuscyste, von Béla Kaveczky, Sekundärarzt in Budapest. Von den in der Literatur veröffentlichten 9000 Echinococcusfällen haben nur 17 diesen Sitz, und bei denselben wurde keine zweifellos feststehende Diagnose vor der Operation gestellt, wofür also K.s Fall der erste wäre. Bei dem 46jährigen Patienten (Landwirt, Vater von sieben Kindern) waren längere Zeit Harnbeschwerden bestanden; bei der Untersuchung per rectum fand K. eine die Stelle der Prostata einnehmende, gleichmäfsig gewölbte, kinderkopfgrofse Geschwulst mit glatter Oberfläche und von elastischer Konsistenz. Sie drückt die vordere Wand des Mastdarms an die hintere; das obere Ende derselben kann der untersuchende Finger nicht erreichen. Nach Entleerung des Urins mit dem Nelatonkatheter ist die Geschwulst bei bimanueller Untersuchung auch von der Bauchseite fühlbar, und es konnte auch mit voller Bestimmtheit Fluktuation festgestellt werden; Punktion per rectum ergab eine wasserklare, neutrale, eiweifsfreie Flüssigkeit, in der unter dem Mikroskop ein für Echinokokkenhäkchen verdächtiges Gebilde sich zeigte. Operation in Steinschnittlage mit einem bei Prostatektomie üblichen, die beiden Tuberkel verbindenden Bogenschnitt auf dem Damm; stumpfes Vorgehen zwischen Harnröhre und Mastdarm bis zur Cyste, deren Ausschälung vollständig gelang; Tamponade der Wunde, Fixationskatheter (23 Tage lang), komplizierende Cystitis, schliefslich Heilung. K. hält den gewählten Operationsweg deshalb für richtiger als die technisch leichtere Eröffnung per rectum und die Entfernung der Cyste per rectum, weil er glaubt, nur damit gröfsere Verletzungen und auch mit Wahrscheinlichkeit Sekundärinfektion der in der Nähe des Peritoneums liegenden Wundhöhle vermeiden zu können.

Über die blennorrhoische Urethritis bei Knaben, von A. P. Rudski-Moskau. (Aus dem St. Wladimirschen Krankenhaus zu Moskau.) Autorisierte Übersetzung aus dem Russischen von M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf. Die blennorrhoische Urethritis der Knaben ist nach Verfassers Ansicht noch zu wenig erforscht, zumal im Vergleich zu jener bei erwachsenen Männern. Er bespricht in kurzem die nicht sehr reichliche Literatur über dieses Gebiet, sodann eingehend drei selbst beobachtete Fälle an Knaben von 10, 9 und 11½ Jahren und kommt hierbei zu folgenden Schlüssen. Die blennorrhoische Urethritis nimmt nicht selten einen langsamen (durch mehrere Monate und darüber) und schweren Verlauf. In dem einen der drei Fälle R.s enthielt der Urethralausfluſs des betreffenden Knaben selbst am 130. Krankheitstage noch Gonokokken. Die lokale Behandlung der Urethritis bei Knaben mit gonokokkentötenden Mitteln, am besten mit Silberpräparaten, ist zulässig und nützlich. In R.s Fällen hat die lokale Behandlung mit Protargol- und Larginlösungen bei allmählicher Steigerung von ¼—¾ % keine Reizerscheinungen verursacht: R. verwendet zu diesen Injektionen die gewöhnliche Spritze, an deren Ansatz aber ein Glasröhrchen mit konischer Verengerung an der Spitze, welche frei in die Öffnung der infantilen Harnröhre hineingeht, befestigt wird. In sämtlichen Fällen, sowohl bei Knaben wie bei Mädchen, wurde das Ol. Santali gut vertragen. Zur Feststellung der Heilung sind (wie eben auch bei Erwachsenen. Ref.) mehrfache mikroskopische Untersuchungen erforderlich, wobei nicht nur das Verschwinden der Gonokokken aus dem Ausfluſs, sondern das Verschwinden der Eiterzellen und das negative Ergebnis der Untersuchungen des Urogenitalapparates maſsgebend sind. Ohne wiederholte längere Zeit hindurch geführte mikroskopische Untersuchungen ist es bei dem gegenwärtigen Stande der Frage unmöglich, auf eingetretene Heilung der Blennorrhoe zu schlieſsen.

Stern-München.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Bd. II. Heft 5.

Ein seltener Fall von Hermaphroditismus, von M. Hirschfeld-Charlottenburg. Dieser Fall ist in mehr als einer Hinsicht interessant und lehrreich. Patient, bei der Aufnahme 32 Jahre alt, hatte von Geburt an als männlichen Geschlechtes gegolten, obgleich weder Testikel noch ein deutlich ausgebildetes Membrum virile bestand. Die Clitoris war 2 cm breit, 1 cm lang. Die Labia majora, deutlich entwickelt, lieſsen in der Tiefe je einen taubenei- resp. haselnuſsgroſses Gebilde erkennen, das vom Leistenkanal her in sie hineingepreſst werden konnte. Ob diese Körper Ovarien oder Hoden oder ein Gemisch von beiden waren, lieſs sich durchaus nicht bestimmt entscheiden. Nymphen waren gut entwickelt. Eine zwischen dieselben eingeführte bleistiftdicke Sonde gelangte 14 cm weit in einen blind endigenden Hohlraum, an welchem weder Hymen noch Uterus zu entdecken war. Menstruation war nie eingetreten. Beim sexuellen Verkehr, den Patient nur mit Männern ausführte, entleerte sich eine weiſsliche Flüssigkeit, in welcher Spermatozoen nicht zu finden waren. Der Körperbau im allgemeinen war ganz weiblich; Mammae fest und voll entwickelt. Gesicht ohne bestimmten Typus, aber mehr weiblich. Hiernach konnte Pat. weder als Mann noch als Weib mit irgendwelcher Sicherheit angesprochen werden, sondern als eine Mischung beider Gattungen, resp. als ein geschlechtloses Wesen. Verfasser macht auf den groſsen Fehler in der Deutschen Gesetzgebung aufmerksam, indem solche Möglichkeiten als gar nicht vorhanden betrachtet sind, trotzdem sie, wie hier deutlich bewiesen ist, tatsächlich bestehen.

Über Harnretention, von K. Ries - Stuttgart. Aus diesem weniger für den Spezialisten als für den allgemein praktizierenden Arzt berechneten Vortrag mögen

folgende Einzelheiten herausgegriffen werden: Ein monatelang anhaltendes häufiges Urinieren sollte immer den Verdacht auf Residualharn in der Blase erwecken. Verdauungsstörungen sind oft eine Folge von Anomalien der Harnentleerung, Harnstauung und Niereninsuffizienz. Daneben ist häufig ziemlich erhebliche Polyurie zu konstatieren. Bei genauerer Untersuchung findet man nicht selten, dafs Inkontinenz mit Überfüllung der Blase verbunden ist („Überfliefsen"). Findet man etwa 150 ccm Residualharn, so soll täglich (? Ref.) katheterisiert werden, bei gröfseren Mengen zwei- bis dreimal. Weiche Katheter werden am besten desinfiziert, indem man sie fünf Minuten in einer übersättigten Lösung von Ammon. sulf. kocht und dann in Sublimatlösung legt. Das beste Gleitmittel ist das von Strauss empfohlene aus Tragacanth (1,5), Aqua (50,0), Glycerin (100,0) und Hydrarg. oxycyan. (0,2). — Nach längerer Harnverhaltung entleere man niemals die Blase schnell oder bis auf den letzten Rest. Wenn der Urinstrahl anfängt, ein schwächerer zu werden, mufs man die Entleerung unterbrechen. Mit einigen Tropfen einer Adrenalinlösung (1 : 10000), die in die Urethra eingebracht werden, kann man oft den Weg für den Katheter frei machen.

Über die Anästhesierung der Nieren und oberen Harnwege, von M. Lavaux-Paris. Nach ausführlichen Auszügen aus den Berichten anderer Autoren über die Erfolge des Gonosans bei Blennorrhoe der Harnröhre, wobei namentlich die schmerzlindernde Wirkung des Mittels hervorgehoben wird, teilt L. folgende zwei Fälle mit: I. Mann, 60 Jahre alt, leidet seit einigen Jahren an Blasengries. Bei Gelegenheit einer intensiveren Verschlimmerung mit hochgradigen Nierenschmerzen, wurde Gonosan gegeben, worauf der Patient in vier Tagen ganz schmerzfrei war. II. Nach einer schweren Anstrengung erlitt ein 26jähriger Mann einen intensiven Schmerz in der Nierengegend. Bei Darreichung von täglich acht Kapseln Gonosan trat nach zwei Tagen Besserung, in vier Tagen vollständige Beseitigung aller Beschwerden ein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

1904. Nr. 6.

1. **Die Behandlung von voraussichtlich primärsyphilitischen Geschwüren**, von Wm. F. Breakey-Ann Arbor. Hauptsächlich wendet sich der Verfasser gegen die Kauterisation primärer Geschwüre und gegen die vor Entwicklung des sekundären Symptomenkomplexes beginnende Allgemeinbehandlung. Die Kombination des Ausglühens des verdächtigen Geschwürs mit gleichzeitigem Beginn einer Einreibungskur ist der schwerste Fehler von allen, weil auf diese Weise einerseits das Bild der Krankheit völlig verdunkelt wird und im Falle von Spezifizität des Prozesses eine gewisse Bösartigkeit der Syphilis die Folge ist. Besonders sind es entstellende Narben, welche dann beobachtet werden. Es ist nämlich völlig irrig, anzunehmen, dafs das Ausbrennen oder Ausschneiden der Sklerose oder die gleichzeitige und früh beginnende allgemeine spezifische Behandlung die Syphilis etwa zu hemmen oder aufzuhalten vermöchten. Das Gegenteil ist der Fall: die tieferen Organe, Knochen, Nerven, Eingeweide werden besonders ergriffen. Es wird höchstens das Auftreten konstitutioneller Symptome hinausgeschoben und Kranker wie Arzt häufig zu dem Irrtume geführt, dafs ein nicht syphilitisches Geschwür vorgelegen hat oder ein abortives Heilen der Syphilis geglückt ist. Nicht alle syphilitischen Geschwüre sind auf venerischem Wege entstanden. Gibt doch Duncan Bulkley in seinem Buche über „Die Syphilis der Unschuldigen" eine Übersicht über mehr als 9000 Fälle, in denen die Lues ohne Geschlechtsverkehr weitergetragen worden war. Das Publikum weifs das aber nicht, und so kommt das infamierende Moment hinzu, welches die Erkrankten zur Ver-

heimlichung ihrer Erkrankung und zur Verschleppung und Vernachlässigung treibt. Die Behandlung von Geschwüren, deren spezifischer Charakter zu vermuten ist, kann nur eine abwartende, leicht antiseptische sein.

2. **Über die Behandlung sekundärsyphilitischer Schleimhautplaques**, von Robert Holmes Greene - New York. Diejenigen syphilitischen Kranken, bei denen hartnäckige rückfällige Schleimhautsymptome sich zeigen, haben gewöhnlich vor ihrer spezifischen Erkrankung an Herpeseruptionen gelitten. Der Verfasser legt in allen solchen Fällen den gröfsten Wert auf eine ganz einfache Diät, die vor allen Dingen den Magen, schon weniger den Darm, zu schonen hat.

3. **Ursache und Behandlung der Lepra**, von Milton Rice-Hilo. Die Ausführungen wenden sich energisch gegen die Versuche, die Lepra als eine Folge von Fisch- oder anderer Nahrung hinzustellen. Vor allen Dingen spreche dagegen die Tatsache, dafs in gewissen Gegenden, welche eine bestimmte Ernährungsart, sagen wir hauptsächlich von Fischen, haben, die Lepra beobachtet wird, während sie in anderen Gegenden, welche die völlig gleiche Ernährung aufweisen, fehlt. Zweifellos handelt es sich um eine konstitutionelle Ursache; die Therapie kann keine spezifische sein, sondern mufs sich auf Hebung des Allgemeinbefindens und der hygienischen Lebensbedingungen des Kranken beschränken.

4. **Augenblicksheilung von Erysipel**, von Taylor-Dexter. Als ein Mittel, das Erysipel sofort zur Heilung zu bringen, gibt der Verfasser „auf Grund einer Erfahrung mit fünf Fällen" an, unverdünntes Kreolin auf die befallene Stelle aufzupinseln und dasselbe nach drei Minuten mit reinem Wasser wieder abzuwaschen.

5. **Ein Fall von Hufeisenniere während einer Nephrektomieoperation an der Leiche gefunden**, von Theodore Mundorff-New York. Der besprochene Fall kam während eines Operationskurses bei Wossidlo in Berlin vor. Der Mann, an welchem die Entfernung der einen Niere geübt werden sollte, war an einer den Urogenitaltrakt nicht berührenden Krankheit verstorben. Die Hufeisenniere, welche gefunden wurde, bestand eigentlich aus zwei getrennten Nieren, deren Hilus nach vorn und innen gerichtet war. Es bestand jedoch zwischen beiden Organen eine breite Verbindungsbrücke von wahrer Nierensubstanz.

6. **Der Gebrauch des Formalins zu Blasenspülungen**, von Gardner W. Allen-Boston. Empfehlung des Formalins als Blasenspülmittel. Zwar hat der Verfasser keine besonders glänzenden Heilungen erzielt, doch hat das Medikament eine Reihe von Vorzügen, welche es rechtfertigen, auf Formaldehyd zurückzugreifen, wenn Borsäure, Höllenstein, Sublimat oder Kaliumpermanganat versagt haben. Erstens desinfiziert es recht gut, zweitens färbt es, läfst sich drittes sehr leicht zu Verdünnungen verarbeiten, schmerzt ferner nur ganz vorübergehend. Besondere Dienste tut es, wenn Eiter in der Blase vorhanden ist. Dann wird es nicht zersetzt wie Argentum nitricum oder übermangansaures Kalium, sondern bekämpft seinerseits die Zersetzung und zerstört den Geruch der Fäulnis.

7. **Die Behandlung der Vorsteherdrüsenvergröfserung**, von George R. White-Savannah. Es wird eine Kasuistik von vier Fällen angegeben, in denen der Verfasser durch perineale Prostatektomie glänzenden Erfolg erzielt hat. Es handelte sich um Männer von 52, 57, 58 und 70 Jahren, die schon zwei bis drei Wochen nach der Operation herumlaufen und vier bis fünf Wochen nach ihr ihrem Berufe wieder nachgehen konnten.

8. **Prostatablutungen**, von P. Albarran - Paris. Die Prostatablutungen sind nicht nur eine verhältnismäfsig häufige Erscheinung, sondern von der richtigen Diagnose solcher Blutungen hängt auch oft das Leben der Kranken ab. Die Häufigkeit der Hämorrhagie der Vorsteherdrüse hängt vom Blutreichtum des in

seiner Drüsensubstanz fast spongiösen Organes ab. Auch das periglanduläre Gewebe ist recht blutreich. Die Prostata liegt eben innerhalb einer Reihe venöser Plexus. Der Druck dieses blutreichen Organs auf das Veru montanum bezweckt die Verhinderung eines Rückflusses des Samens beim Beischlaf. Der Blutreichtum der Gegend erklärt auch die morgendlichen Erektionen des männlichen Gliedes, welche auf einer durch den Druck der gefüllten Blase hervorgerufenen Stauung beruhen. Die Blutungen aus der Prostata sind initialer, terminaler oder totaler Natur. Die Hypertrophie der Prostata vergrößert die Disposition zu Blutungen.

9. **Einige Gedanken über Tripperbehandlung und ihre Resultate,** von Wetherby-Wilkes-Barre. Der Verfasser betont, daß zur Erzielung guter und schneller Erfolge bei der Behandlung der Blennorrhoe der Arzt selber eingreifen muß. Seit Verfasser die Irrigationsmethode verwendet, ist die durchschnittliche Dauer eines Trippers auf die Hälfte oder ein Drittel der früher benötigten Zeit zurückgegangen. Ebenso sind die Komplikationen minder zahlreich geworden. Als bestes Spülmittel bewährt sich bei akuten Fällen Kaliumpermanganat 0,3—0,9 : 1000; bei subakuten und chronischen Formen Argentum nitricum 0,3—0,6 : 1000. Als Mittel, das der Kranke einspritzen soll, empfiehlt Verfasser vor allem das Argyrol, das bei äußerster Reizlosigkeit das beste Mittel zur Abtötung der Tripperkeime darstellt. Auch in starken Lösungen reizt es nicht im geringsten, stellt aber ein häßliches schwarzes Medikament dar, welches in der Wäsche böse Flecken hinterläßt. Dieser Nachteil fehlt dem Merkurol, das Wetherby in Lösungen von ¼—1% warm empfiehlt. Nächst diesem kommen das Zincum permanganicum und die Pikrinsäure in Frage.

10. **Finsenlicht, X-Strahlen und hochfrequente elektrische Ströme in ihrer Anwendung bei gewissen Hautkrankheiten,** von Duncan Bulkley-New York. Die ausgezeichneten Resultate, welche bei Lupusbehandlung am Finsenschen Institut in Kopenhagen erzielt worden sind und die Finsen noch vor seinem Tode in einer großen Aufstellung registriert hatte, sind an anderer Stelle, auch vom Verfasser nicht, in dem großen Maße erreicht worden, trotzdem sie als glänzende immer noch zu bezeichnen sind. Das liegt wohl an der enormen Erfahrung, über die Arzt wie Wärterin im Kopenhagener Institut verfügen. Alle neueren Versuche, stärkere Lampen und kürzere Sitzungen einzuführen, sind nicht von dem erwarteten Erfolg begleitet gewesen. Man kann wohl sagen, daß bei genügender Zeit, Geduld und Verständnis die Finsenbestrahlung die besten Erfolge beim Lupus verspricht. Die Röntgenbehandlung empfiehlt Bulkley besonders für oberflächliche Epitheliome, zumal solche vom Typus des Ulcus rodens. Bei tiefgehenden Epitheliomen und Sarkomen erzielen die Röntgenstrahlen keinerlei Heilung. Angebracht sind sie zur Erzielung zeitweiliger Besserung und Hebung der Schmerzen bei inoperablen Tumoren. Auch von den hochgespannten elektrischen Strömen sah Bulkley bei einigen Dermatosen (Akne und Naevus) gute Erfolge. Weiteres ist in dieser Richtung von der Zukunft zu erwarten. *Hopf-Dresden.*

Annales de Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. V. Nr. 9. 5. Mai 1905.

Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Entwurf zu einer Organisation der sanitären Überwachung, von L. Butte-Paris. Verfasser plädiert für die Berechtigung einer ärztlichen Kontrolle nicht nur der Prostituierten, sondern auch der aktiven Land- und Seesoldaten sowie der Ammen und der Angestellten im staatlichen Verwaltungsdienst und fordert eine besondere Überwachung der Zuhälter, der Homosexuellen und der Landstreicher. Der von ihm aufgestellte Entwurf umfaßt folgende

Einrichtungen: eine dem Ministerium des Innern anzugliedernde Obersanitätsbehörde, welcher die Aufstellung der zu beobachtenden hygienischen Maßregeln und die Ausführung derselben obliegen soll. Ferner in allen größeren Städten und Garnisonen ein Sanitätsdienst, dessen Leitung einem durch freien Wettbewerb zu wählenden Arzte übertragen werden soll. Demselben werden Unterbeamten sowohl für die inneren dienstlichen Arbeiten als auch für den (in der Überwachung aller in Betracht kommenden Persönlichkeiten bestehenden) äußeren Dienst zur Seite stehen. Es wird dafür Sorge getragen, daß überall das nötige stationäre Hospital und eine Poliklinik für ambulante Fälle vorhanden seien. In der Armee und der Marine sollen genaue Untersuchungen der Mannschaften alle Monat stattfinden. Ebenso sollen im Verwaltungsdienst bei allem männlichen Personal regelmäßige Untersuchungen obligatorisch sein. Selbstverständlich sind für Ammen sowie für die unter gesetzlicher Strafe stehenden Individuen, nicht weniger wie für die Prostituierten genügende Maßregeln (wie sie B. in einfacher, aber wohl wirksamer Form aufstellt) zu treffen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1905. Heft 5.

Die Nephritis syphilitica secundaria, von Henri Malherbe - Nantes. Die Kenntnis vom Vorkommen einer spezifischen Nephritis im Sekundärstadium der Syphilis ist erst jüngeren Datums. Früher hielt man es für ausgeschlossen, daß die Syphilis so frühzeitig so schwere innere Symptome verursachen sollte und war eher geneigt, das Auftreten einer Nierenentzündung im Verlauf der Lues als eine Folgewirkung der Quecksilberbehandlung aufzufassen. Wie sehr man damit Unrecht hat, das beweist ein Fall, den Verfasser mitteilt, bei dem unter einer energischen Spritzkur die Symptome der Nierenentzündung allmählich zurückgingen. Bei der 20jährigen Patientin des Verfassers, bei der die Infektion vermutlich mit einer Konzeption zusammenfiel und die ein $7^1/_2$ Monate altes, lebendes Kind austrug, hatte sich die Nephritis gegen Ende des ersten Jahres der Ansteckung eingestellt; sie erscheint gewöhnlich sehr frühzeitig, ist schon im zweiten Monat nach der Ansteckung beobachtet worden. Eigentümlich ist ihr der hohe Eiweißgehalt des Harns (5,0 bis 26,0 auf das Liter) und ihre rasche Entwicklung bis zu allgemeinem Hydrops und urämischen Erscheinungen. Der histologische Befund bietet wenig Bemerkenswertes. Der Ausgang ist bei raschem und energischem Eingreifen meistens der in Heilung, doch kann auch länger dauernde Albuminurie nachbleiben; bei Vernachlässigung nimmt die Krankheit häufig einen tödlichen Verlauf.

Zwei Erwähnungen der Syphilis in Schriftstücken aus dem XIII. Jahrhundert, von F. Buret. Bekanntlich ist die Frage, ob die Syphilis eine alte Krankheit des Abendlandes sei, oder ob sie den ersten Einfuhrartikel des neuentdeckten Amerikas darstelle, noch immer umstritten. Buret, der zu den unermüdlichen Verfechtern der erstgenannten Ansicht gehört, bringt in der vorliegenden kleinen Schrift zwei Anführungen aus mittelalterlichen Schriftstellern, die der unbefangene Leser kaum anders als auf Syphilis wird beziehen können. Vorausgeschickt muß werden, daß das Mittelalter die Scheidung zwischen Syphilis und Lepra noch nicht kannte, jene vielmehr mit unter die Erscheinungsformen dieser rechnete.

Von jenen beiden Erwähnungen nun, die nur auf Syphilis bezogen werden können, findet sich die eine bei Michel Scot (1214—1291) und lautet im Text: „Si vero mulier fluxum patiatur et vir eam cognoscat, facile sibi virga vitiatur, ut patet in adolescentibus, qui hoc ignorantes vitiantur, quandoque virga, quandoque lepra.

Et si mulier tum concipiat, conceptus efficietur vitiosus defectu membri uti digiti, vel virtute visu." Die zweite Erwähnung steht in einem Werk „Lilium Medicinae" von Gordon (1305) und besagt, dafs man „leprös" werden kann „ex coitu cum leproso" nicht nur, sondern auch derjenige, „qui jacet cum muliere, cum qua jacuit leprosus, semine adhuc in matrice existente ... usw." Jeder wird den kritischen Ausführungen B.s beipflichten müssen, dafs beide Aussprüche mit unseren Erfahrungen über die Syphilis vollkommen übereinstimmen, dafs aber die Nosologie der Lepra eine ganz andere ist.

Zum Schlufs gibt B. eine verblüffend einfache Lösung für die rätselhafte Erscheinung, dafs am Ende des XV. Jahrhunderts die Syphilis plötzlich über ganz Europa sich verbreitete: Man hatte gelernt, sie von der Lepra zu unterscheiden; so leerten sich plötzlich die 20000 Leproserien des Abendlandes, die fast nur Syphilitiker enthalten hatten, und seitdem ist Europa von Luetikern durchsetzt und wird es wohl noch für eine Weile bleiben. Geistreich ist diese Hypothese sicher; ob aber auch zutreffend?

Beitrag zur Serumtherapie der Syphilis, von Justin de Lisle. Während wir uns in Deutschland noch über die Spirochaeta pallida und den Cytorhyctes als mögliche Erreger der Syphilis aufregen, sind wir von unseren linksrheinischen Nachbarn schon längst überholt worden. Die vorliegende Abhandlung, die aus dem *New York Medical Journal* übersetzt zu sein scheint, belehrt uns, dafs Justin de Lisle und L. Jullien im Jahre 1901 endlich das Mikrobion der Syphilis entdeckt haben und dafs es nunmehr gelungen sei, ein antisyphilitisches Serum herzustellen. Kommt dieses Serum mit einem syphilitischen Organismus in Berührung, so verschwindet aus ihm der Bacillus. Das Serum enthält nämlich ein Toxin („sensibilisatrice"), „qui sensibilise le microbe", der dann sofort von einem Phagocyten gepackt wird. Nun folgt eine Auswahl aus etwa hundert Fällen, die alle anscheinend in New Yorker Hospitälern nach diesem neuen Verfahren mit mehr oder minder glänzendem Erfolg behandelt wurden. Zwischendurch wird eine luetische Geschichte erzählt; es wäre ein Verbrechen, sie den Lesern dieser Zeitschrift vorzuenthalten. Zwei zum Tode verurteilte Knaben von 14 und 17 Jahren hatten sich bereit erklärt, sich mit dem Blut eines durch Serumeinspritzungen geheilten Syphilitikers impfen zu lassen; auch die Regierung hatte ihre Einwilligung gegeben; da wurde die Geschichte durch einen Reporter voreilig ausgeplaudert und vereitelt. Nun aber übernahm die gütige Natur selber die Ausführung des Versuches. Jener Syphilitiker, der am 14. April seine letzte Einspritzung von Serum erhalten hatte, verheiratete sich, ohne ärztliche Einwilligung, am 6. Juni 1903. Bei der ersten Ausübung seines guten Rechts rifs die Haut eines eben vernarbten Schankers ein, was eine starke Blutung, eine Überschwemmung der eben verletzten Vagina mit dem Blut des von seiner Syphilis frisch geheilten Mannes verursachte; aber die Frau blieb, solange sie unter Beobachtung stand, bis 25. April 1904, vollkommen gesund, also ...

Mittwochspoliklinik des Prof. Gaucher. 30. Nov. und 14. Dez. 1904. Es wurden vorgestellt und besprochen: eine Frau mit einem ungeheuren Ulcus cruris, das den Unterschenkel fast in seiner ganzen Länge einnahm; daneben Elephantiasis des Beines als sekundäre Erscheinung. Skabies bei einem Kind von drei Monaten, von der Mutter übertragen. Hautepitheliome mit dem Thermokauter behandelt. Ein Fall von Lichen simplex chronicus. Malum perforans nach Erfrierung der Füfse. Akne pilaris cicatricielle und Molluscum contagiosum bei dem nämlichen Individuum. Folliculitis artificialis bei einem Syphilitiker; der Patient war bei der Zuckerraffinade beschäftigt; auf die Haut spritzten kleine Tropfen siedenden Zuckers, und dadurch kam die Folliculitis zustande. Pemphigus pruriginosus der Schwangerschaft. Erfolg-

reiche Behandlung eines melanotischen Sarkoms mittels Radium. „Filaire de Médine"; der Parasit kommt bei den Weifsen äufserst selten vor. Bei dem Patienten, der nach längerem Aufenthalt erst eben von Dahomey zurückgekehrt war, bildete sich unterhalb des rechten Malleolus int. ein kleiner schmerzhafter Tumor; beim Einschnitt zeigte sich die Spitze eines dünnen runden Wurms, der Filaria von Medina. Ihre Entfernung aus den Geweben ist aber nicht leicht, da sie sich mit dem Kopfe festhakt.

Türkheim-Hamburg.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

2. Jahrgang, Nr. 8, 1. Mai 1905.

1. **Stand der Frage bezüglich der chirurgischen Behandlung der Nierenentzündungen am Ende des Jahres 1904,** von A. Yvert-Dijon. Y. berichtet über die in der zweiten Hälfte des Jahres 1904 erschienenen Arbeiten über die chirurgische Behandlung der Nierenentzündungen; er zieht aus diesen Publikationen den Schlufs, dafs die operative Therapie der Nephritiden in der angegebenen Zeit ganz bedeutend an Boden gewonnen hat. Man darf seiner Ansicht nach jetzt wohl sagen, dafs künftighin in allen Fällen von akuter und chronischer Entzündung des Nierenparenchyms, wenn die interne Behandlung versagt, operativ eingegriffen werden soll; kommt die Operation zu spät, um noch Heilung bringen zu können, so wird sie doch die Beschwerden lindern und das Leben verlängern. Was die Art der Operation betrifft, so sprechen sich die meisten Autoren entweder für die von Pousson empfohlene Nephrotomie oder für die Kombination der Nephrotomie mit der Dekapsulation der Nieren nach Edebohls aus. Die Ergebnisse mehrfacher Untersuchungen lassen es zum mindesten fraglich erscheinen, ob sich wirklich, wie Edebohls behauptet, nach der Dekapsulation der Niere eine neue peripherie, anastomotische Zirkulation entwickelt, und es kann infolgedessen die Vornahme der Dekapsulation allein, bis weitere Untersuchungen vorliegen, noch nicht empfohlen werden. Jedenfalls wirkt das Verfahren nicht momentan; für dringende Fälle kommt daher nur die Nephrotomie in Frage, ihr kann eventuell die Dekapsulation angeschlossen werden.

2. **Die lokale Behandlung der chronischen Urethritiden,** von Paul Lebreton. Beschreibung der von L. geübten Behandlung der chronischen blennorrhoischen und postblennorrhoischen Urethritiden. L. beginnt die Behandlung mit Janetschen Spülungen; er verwendet dazu, wenn der Ausflufs noch Gonokokken enthält, Kaliumpermanganatlösung 1 : 5000—6000, wenn er nur banale Mikrobien, Kokken, Bazillen usw., enthält, Quecksilberoxycyanidlösung 1 : 4000 oder Sublimatlösung 1 : 20000 bis 30000, wenn er steril ist, Höllensteinlösung 1 : 4000 oder Salicylsäurelösung 1 : 2000. Von den Fäden, die sich im Urin finden, haben nur die schweren Bedeutung; von diesen sind die halbmondfömigen ein Zeichen der Veränderungen der urethralen Drüsen, die in kleine Haufen zusammenliegenden Fäden, die im Glase zu Boden sinken, zeigen dagegen, wenn sie in der ersten Harnportion enthalten sind, eine Striktur, sofern sie sich in der letzten Harnportion finden, eine subakute oder chronische Prostatitis an. Strikturen und Prostatitiden werden in der gewöhnlichen Weise mit Dilatation bezw. Massage und Spülungen behandelt. Kommt L. damit nicht zum Ziele, dann urethroskopiert er. Die Veränderungen, die das Urethroskop erkennen läfst, stellen 3 Typen dar:

1. Die weiche Infiltration, die sich besonders in der Gegend des Sphinkters findet; sie ist charakterisiert durch Kongestion der Schleimhaut, die rot und geschwollen in das Lumen der Harnröhre vorspringt;

2. die harte Infiltration, d. i. die Striktur;

3. die sehr häufigen Veränderungen der urethralen Drüsen.

Andere Veränderungen, wie Polypenbildung, Vegatationen usw. hat Lebreton nie beobachtet. Weiche Infiltrationen werden mit Instillationen von Höllensteinlösungen (1—3%ig) oder Höllensteinsuspensionen in Glycerin oder einem Gemisch von Lanolin und Vaselinöl behandelt, harte Infiltrationen werden mit dem Kollmannschen Dilatator gedehnt; diese Dehnungen beseitigen auch die glandulären Veränderungen, die aufserdem durch Massage der Urethra auf einer Sonde oder durch direkte Kauterisierung zur Heilung gebracht werden. Wenn in vielen Fällen alle die Mafsnahmen nicht hinreichen, eine Urethritis zur Ausheilung zu bringen, so ist daran nach L. arthritische oder nervöse hereditäre Belastung schuld. *Götz-München.*

La Syphilis.

Band III, Heft 6. Juni 1905.

I. **Die grofse Entdeckung des wirklichen Erregers der Syphilis,** von Barthélemy-Paris. Durch die bekannten und von anderer Seite (Lassar, Neisser) bestätigten Versuche Metchnikoffs-Roux' steht es fest, dafs die Syphilis eine Krankheit ist, welche durch ein Lebewesen hervorgerufen wird, welches nicht imstande ist, Kapillarröhren zu durchdringen und in einer Stunde bei niedriger Temperatur zugrunde geht. Der Infektionsstoff ist auf verschiedene Affenarten übertragbar, und bewirkt ein einmaliges Haften der Infektion eine Immunität. Die Krankheit nimmt bei gewissen Affenarten eine abgeschwächte Form an, und ist das Serum dieser Arten zu Vaccinationszwecken auf höhere, den Menschen näher stehende Arten, anwendbar, bei denen die Syphilis dann gewöhnlich eine schwerere Form annimmt. Nun ist es neuerdings dem Zoologen Schaudinn in Berlin in Gemeinschaft mit M. Hoffmann gelungen, endlich den wahrscheinlichen Erreger der Syphilis zu entdecken, und wenn auch Barthélemy, wie wohl die meisten Forscher, vorläufig der neuen Entdeckung mit einer gewissen Skepsis gegenübersteht, nachdem die Welt ja schon oft in dem Punkte, dafs der ersehnte Syphiliserreger gefunden sei, getäuscht wurde, so hofft er doch, dafs es dieses Mal Ernst ist, zumal Metchnikoff die Befunde Schaudinns nachgeprüft und für richtig befunden hat. Die Untersuchungen Schaudinns gingen aus von den Arbeiten zur Kontrolle der Publikationen M. Siegels, welcher ein kleines Protozoon gefunden hat, welches spezifische Färbungen zuläfst. Dabei fand Schaudinn bewegliche Spirillen mit raschen Bewegungen, die er nun zu studieren und zu färben versuchte. Er fand nun in Gemeinschaft mit Hoffmann bei 26 Fällen syphilitischer Exantheme jedesmal die von ihm so genannte Spirochaeta pallida, wenn auch zuweilen nur mit Schwierigkeiten, ebenso fand er sie achtmal in dem Sekret der Drüsen, welches er durch Punktion gewann. Er hatte also stets positive Resultate. Da Schaudinn keine Menschenaffen zur Verfügung hatte, so sandte er seine Präparate zur Nachprüfung ans Institut Pasteur-Paris. Hier fand Metchnikoff die Spirochaeta pallida, den Spirillus der Syphilis, bei sechs gerimpften Affen viermal! Der eine Affe der negative Resultate gab, war schon in Behandlung und auf dem Wege der Heilung, so dafs sich das negative Resultat leicht erklärt, bei dem sechsten ist das Resultat unerklärlich. Jedenfalls zeigte der Vergleich der Präparate Metchnikoffs mit denen Schaudinns eine absolute Übereinstimmung in bezug auf das Vorhandensein des Spirillus beim syphilitischen Menschen und syphilitisch geimpften Affen. Der Spirillus, welcher bisher nur in syphilitischen Produkten gefunden wurde, hat einen sehr dünnen, zarten, sehr beweglichen, filiformen geringelten Körper. Seine Länge schwankt von 4—14 μ, seine Breite ist kaum mefsbar, höchstens $^1/_4$ μ. Die Zahl seiner Ringeln schwankt zwischen 6 bis 14. Die Art der Ringelung ist charakteristisch im Gegensatz zur Spirochaeta refringens, die Spiraltouren sind eng und starr wie beim Pfropfenzieher, nicht glatt

und lang wie beim Spirocheta refringens, er läfst sich sehr leicht färben auf die gewöhnlichen Färbemethoden. Trotzdem die Spirochaeta pallida stets im Drüsensekret der Luetiker sich fand, erklären SCHAUDINN und HOFFMANN bescheiden, dafs sie keineswegs ihrem Mikroorganismus die endgültige ätiologische Bedeutung für Lues zuteilen, sondern sie bitten, weitere Untersuchungen anzustellen und so mitzuwirken, um definitive Klärung in der Syphilisfrage zu schaffen. BARTHÉLEMY fügt dann Auszüge aus den Referaten über die SCHAUDINNS Entdeckung aus den Fach- und Tageszeitschriften hinzu und gibt seiner Freude über die Arbeiten der deutschen Forscher Ausdruck.

II. **Untersuchungen über die Mikrobien bei Syphilis**, von EL. METCHNIKOFF und EM. ROUX-Paris. Im Anschlufs an obigen Bericht BARTHÉLEMYS berichten M. und R. selbst über ihre Arbeiten in bezug auf die Prüfung der Präparate SCHAUDINNS und ihre Befunde bei den mit Syphilis geimpften Affen, die denen SCHAUDINNS beim Menschen entsprechen. Sie fanden also die SCHAUDINNschen Spirillen bei vier Affen, bei einem Schimpansen, einem Papion und zwei Makakus, ebenso stellten sie dieselben bei vier von ihnen untersuchten Menschen fest. Sie berichten, dafs schon früher ähnliche Spirillen gefunden wurden in Primäraffekten, im Smegma usw., z. B. von DONNÉ, ALVAREZ, TAVEL, BERDAL, BATAILLE, RÓNA, und neuerdings von BORDET und GENGOU in Brüssel in einem Schanker. Da sie aber bei weiteren Untersuchungen negative Resultate hatten, so gaben sie dieselben auf. Nun ist es SCHAUDINN eben geglückt und M. und R. haben volles Vertrauen zu den SCHAUDINNschen Arbeiten. Sie machten daraufhin weitere Versuche und fanden, dafs sich diese Spirillen eben nur bei Syphilis finden und bei keiner anderen Hautkrankheit, z. B. auch nicht bei Akne, Skabies, Psoriasis, welche sie daraufhin prüften. Zur Färbung der Spirillen benutzten sie ein Gemisch von Azurblau in Methylalkohollösung mit einer schwachen wässerigen Eosinlösung, welches schon in reichlich einer Viertelstunde eine deutliche Färbung ergibt. Deutlicher ist die Färbung von GIEMSA, die aber etwa 24 Stunden beansprucht. Kulturversuche der Spirochaeta pallida sind noch nicht gelungen, trotzdem mufs versucht werden, vorläufig ein antisyphilitisches Serum zu schaffen aus den virulenten Produkten des Blutes, der Drüsen und den Sekreten des Primäraffektes und der Sekundärerscheinungen. Bevor die Reinkulturen gelingen, kann man noch keinen definitiven Schlufs fassen, ob wirklich der Spirochaeta pallida der ätiologische Erreger der Syphilis ist, aber das Gesamtresultat spricht bisher entschieden dafür, dafs die Syphilis eine chronische Spirillose ist, hervorgerufen durch die Spirochaeta pallida SCHAUDINN!

III. **Experimentelle Studien über Syphilis**, von EL. METCHNIKOFF und EM. ROUX-Paris. Verfasser berichten weiter über ihre positiven Impfversuche an Schimpansen; sie haben bisher zehn mit Erfolg luetisch infiziert, und zwar acht direkt vom Menschen, zwei von anderen Schimpansen ab. Bei allen entsprachen die Primäraffekte sowohl wie die Sekundärerscheinungen genau den bei Menschen auftretenden — ebenso wie in LASSARS beiden Fällen, bei zwei Schimpansen traten deutlich Plaques muqueuses an der Zunge und den Lippen auf. Von diesen Plaques wurden dann ein Macacus sinicus und ein Macacus cynomalgus geimpft, welche beide charakteristische harte Schanker zeigten. Das histologische Bild der luetischen Erscheinungen bei den Schimpansen deckte sich ebenfalls mit denen beim Menschen, es bestand eine starke Anhäufung einkerniger Zellen und eine charakteristische Periarterriitis. Bei einigen Affen bemerkte man Milzschwellung, bei einem, der auch Plaques muqueuses an Zunge und Lippe hatte, bestand einen Monat lang eine Paraplegie, die vielleicht auf die Syphilis zu beziehen ist.

Ein weiterer Teil der Arbeit beschäftigt sich mit den Versuchen mit filtriertem

syphilitischem Virus. Anschliefsend an die Experimente von KLINGMÜLLER und BAERMANN, welche sich syphilitische menschliche Produkte mit physiologischer Kochsalzlösung titriert und durch ein BERKEFELDsches Bougie filtriert mit negativem Erfolge (Gottlob!) eingeimpft hatten, vollzogen Verfasser Impfungen mit filtriertem syphilitischem Produkte in Lösung mit 2 ccm Humor aquosus von einem Hammel an einem Schimpansen. Der Erfolg war ebenfalls negativ, während diese Lösung nicht filtriert, bei einem anderen Schimpansen eingeimpft, Syphilis erzeugte. Es ist also bewiesen, dafs das syphilitische Virus das BERKEFELDsche Bougie nicht durchdringen kann, während z. B. das Gift der Rinderperipneumonie es durchdringt.

Ebenso verliert das syphilitische Gift seine Wirkung, wenn es eine Stunde lang auf 51° erhitzt wird, die Inokulationen damit blieben absolut negativ, während eine Mischung des Giftes mit Glycerin positive Impfresultate zeitigte. Die mit filtriertem Virus und die mit auf 51° erhitztem, also unschädlichem Virus geimpften Affen wurden dann, um eine eventuell durch diese Impfungen entstandene Vaccinationsimmunität zu konstatieren, mit syphilitischen Produkten eines menschlichen Schankers geimpft, sie bekamen Syphilis, also ein Beweis, dafs die unschädlichen Virusstoffe nicht imstande sind, eine Immunität zu bewirken, während eine Abschwächung des Giftes entsteht, wenn man von einem syphilitischen Macacus sinicus auf höhere Affenarten (Schimpansen) überimpft.

Es folgt nun ein Bericht über die Impfungen der Verfasser, welche sie an den verschiedensten Sorten der niederen Affenarten mit mehr oder weniger Erfolg anstellten, um auf diese Weise eventuell ein Vaccinationsprodukt zu gewinnen. Einzelne Affen verhielten sich absolut negativ, andere beschränkten sich auf das Auftreten von Primäraffekten, ohne dafs Sekundärerscheinungen folgten, andere hatten Drüsenschwellungen und Papeln. Die syphilitischen Läsionen der Cynocephalen nähern sich viel mehr denen der Makaken als die der Menschenaffen der menschlichen Syphilis. Es scheint, dafs das Gift sich im Organismus der niederen Arten, der sogenannten Catarrhinicus, abschwächt und eventuell zu Vaccinationszwecken brauchbar wird. Im Gegensatz zu NEISSER sind METCHNIKOFF und ROUX absolut von der syphilitischen Natur der durch Experimente erzeugten Erscheinungen bei dem Makakus überzeugt, die Übertragung dieser Läsionen auf Schimpansen riefen Primär- und Sekundärerscheinungen hervor und lieferten so den Beweis. Die Versuche, ein antisyphilitisches Serum zu erzeugen, sind bisher noch gescheitert.

IV. **Der Tierpark des Physiologen,** von E. N. Verfasser beschreibt die hygienisch sehr sauberen Ställe, in denen METCHNIKOFF seine Versuchsaffen beherbergt und alle die Affenarten, an denen bisher Versuche gemacht sind. Er referiert dann nochmals über METCHNIKOFFS sämtliche Arbeiten und bemerkt, dafs von allen Affen der Macacus rhesus die schwächsten syphilitischen Erscheinungen zeigt, so dafs man vielleicht durch ihn das antisyphilitische Serum finden kann.

V. **Über experimentelle Syphilis.** Verfasser ungenannt. Weiterer Bericht über METCHNIKOFFS Versuche, der sich mit den vorhergehenden deckt.

VI. **Über die Wirkung des filtrierten syphilitischen Giftes.** Verfasser ungenannt. Verfasser berichtet über die schon in den anderen Artikeln dieses Heftes beschriebenen Versuche von KLINGMÜLLER und BAERMANN mit filtriertem Syphilisgift.

VII. **Über die Serumbehandlung der Syphilis,** von JUSTIN DE LISLE. Verfasser berichtet über zahlreiche Erfolge, welche die verschiedensten amerikanischen Ärzte mit der Injektion von Syphilisserum gehabt haben. Eine Reihe von Krankengeschichten Luetischer werden aufgeführt; stets schwanden die luetischen Symptome prompt unter den Seruminjektionen nicht nur bei frischen Fällen, sondern auch bei

Rezidiven und schweren Spätformen. Verfasser selbst hatte bei einem Fall von Ataxie allerdings mit der Serumbehandlung keine Erfolge.

VIII. **Über einen Versuch mit Serumbehandlung bei Syphilis**, von A. Malherbe. Wenngleich man im Quecksilber und Jod ausgezeichnete Mittel gegen die Syphilis besitzt, so gibt es doch Fälle, wo alle diese therapeutischen Schätze versagen, und so muſs man stets danach streben, noch neue und bessere Universalmittel gegen diese Seuche der Menschheit zu finden. Prophylaktisch kann das Kondom nicht genug empfohlen werden, welches bei guter Fabrikation und allseitigem Gebrauche die Übertragung der Blennorrhoe völlig unmöglich macht und die Infektionsgefahr durch Syphilis um ein sehr wesentliches herabsetzt. In dieser Zeit der Serumtherapie ist es natürlich, daſs man auch nach einem Antisyphilisserum sucht. So machte auch Verfasser mit dem Rouxschen Serum subcutane Injektionen bei acht Kranken, deren Geschichte und Krankheitsverlauf ausführlich geschildert werden. Der Erfolg war absolut negativ, zumal nur kleinere Dosen angewendet wurden, ob gröſsere Dosen mehr Erfolg gehabt hätten, bleibt zweifelhaft.

IX. **Versuch einer antisyphilitischen Serumbehandlung**, von F. J. Bosc-Montpellier. B. impfte Syphilisprodukte auf Hammel und benutzte dann das Serum von diesen bei einigen Patienten. Die Injektionen konnten das Auftreten der Roseola nur abschwächen und nur in einem Falle scheinbar verhindern, eine Beseitigung einer schon vorhandenen Roseola bewirkte diese Serumbehandlung in keinem Falle. Die Injektionen waren stets von einem starken Fieber begleitet.

X. **Ein Fall von Epitheliom der Clitoris**, von P. Soubeyrau und E. Bosc-Montpellier. Eine 45jährige Frau hatte ein typisches Epitheliom an der Clitoris welches exstirpiert wurde. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Ein ähnlicher Fall wurde von Barthélemy und Joubert beobachtet. Solche Beobachtungen haben differentialdiagnostischen Wert, weil man diese Epitheliome der Genitalien sehr leicht mit luetischen Tertiärerscheinungen verwechselt.

XI. **Über einen Fall von lymphatischem Ödem beider Lippen mit abendlichen Steigerungen bei einem alten Syphilitiker**, von Dubois-Havenith. Bei einem Manne, der früher Syphilis gehabt hat und eine gute Behandlung durchgemacht hat, der weder Raucher noch Alkoholist ist, trat ein stark induriertes Ödem beider Lippen auf, welches auf antiluetische Behandlung absolut nicht reagiert. Jeden Abend zwischen 6 und 7 Uhr nimmt die Schwellung einen solchen Umfang an, daſs es dem Patienten unmöglich ist, sich auf der Straſse zu zeigen. Schmerzen oder sonstige Beschwerden bestehen nicht. Es handelt sich jedenfalls um eine Angioneurose, bei welcher die überstandene Syphilis wohl keine Rolle spielt. Der Fall ist als ein Kuriosum aufzufassen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1905. Heft 1.

Über den therapeutischen Wert des Yohimbinum Riedel bei der nervösen Impotenz des Mannes, von E. Hellmer. Der Verfasser will auſserordentlich günstige Resultate mit diesem Präparate bei der genannten Affektion konstatiert haben. Suggestion sei vollständig auszuschlieſsen, da die Patienten das Mittel ohne ihr Wissen erhielten. Die Mehrzahl seiner Fälle heilten; in keinem derselben handelte es sich um organische Leiden. Die Dose des Medikaments betrug 0,005, zwei- bis dreimal täglich wiederholt.

Die Protargolinjektionen bei der Behandlung der Urethritiden, von d'Amato. Der Verfasser hält dieses Präparat für eines der besten antiblennorrhoischen Heil-

mittel, welches dem Argentum nitricum unbedingt, als weniger reizend, vorzuziehen sei. Es ist dasselbe ein wahres Spezifikum. Die Konzentration der Lösungen variierte von 0,5—2,0 : 100 destilliertes Wasser; die Injektionen wurden im Mittel dreimal täglich verordnet.

Heft 2.

Elementare Winke über die wichtigsten, zum Studium der Dermatologie notwendigen allgemeinen histologischen Untersuchungen, von D'AMATO. Eine Zusammenstellung der bewährtesten Formeln zur Färbung histologischer Präparate der Haut.

Heft 3.

Über den gegenwärtigen Wert des Kalomels in der Syphilistherapie, von D'AMATO. Verfasser bezweckt nicht, die nun allgemein anerkannten Vorzüge des Kalomels hervorzuheben. Er will bloſs die nachteiligen Urteile über das Präparat refutieren, die sich hauptsächlich auf den Schmerz, die lokale Reaktion, die Stomatitis beziehen und bei Anwendung der nötigen Vorsicht auf ein Minimum reduziert werden können. Als Vehikel für die Kalomelmischung empfiehlt er besonders das von ZAMBELETTI zubereitete Präparat mit Oleum vaselini. Das Kalomel selbst muſs frei von Sublimat und absolut chemisch rein sein, porphyrisiert, in heiſsem Alkohol gewaschen und im Brütofen getrocknet. *C. Müller-Genf.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1905. Heft II.

Über einen atypischen Fall von Erythema induratum BAZIN. Es handelt sich um eine 19jährige Hysterica, im übrigen gesund und aus gesunder Familie stammend, welche unter anderen nervösen Symptomen eine vollständige Anästhesie der Brustwarzengegend und hysterische Aphonie zeigte. In der einen Brustgegend trat sodann zuerst heftiges Jucken, dann lebhafte Schmerzhaftigkeit auf. Später zeigte sich an derselben Stelle eine rote Plaque, ähnlich wie eine Quaddel, die sich bis zu einem Durchmesser von 8 cm vergröſserte und sich schlieſslich in ein Geschwür umwandelte. Nach der Vernarbung lieſs dieses Geschwür ein kleines Keloid hinter sich. Es waren Injektionen von Eisenarseniat verordnet worden, die sich die Patientin selbst in die Oberschenkelgegend machte (die Spritze diente auch zwei anderen Patientinnen, wovon die eine tuberkulös war). Nach einer gewissen Zeit traten an dem einen Oberschenkel an der äuſseren und vorderen Fläche eine Reihe zum Teil linienförmig angeordneter Knoten auf, die im subcutanen Bindegewebe ihren Ausgang nahmen; ihre Gröſse variierte vom Durchmesser einer Bohne zu dem einer kleinen Nuſs. Ihre Konsistenz war fest oder, bei den gröſseren, elastisch; mit der Haut waren sie zuerst nicht verwachsen, erst mit der Zunahme ihres Umfanges erfolgte eine Verwachsung mit der darüber liegenden Haut und eine teilweise Erweichung und Ulceration der Tumoren. Es gelang niemals, irgendwelche Mikroorganismen im Gewebe oder Sekrete der Tumoren nachzuweisen, und sämtliche Inokulationsversuche auf Meerschweinchen fielen negativ aus. Histologisch kennzeichnete sich die Affektion als ein entzündlicher, auf das Unterhautzellgewebe lokalisierter Prozeſs. Neben zahlreichen, meist in der Umgebung der Gefäſse gelegenen kleinzelligen Herden und Neubildung von Bindegewebe bestanden deutliche Erscheinungen von Atrophie des Fettgewebes; verkleinerte, atrophische, meist in der Peripherie der Läppchen gelegene Fettzellen; in seröser Atrophie sich befindende, polygonale Zellen mit trübem, feingekörntem Protoplasma, die infolge von schleimiger Atrophie aufgetriebenen Endothelien ähnlich waren. Einzelne dieser letzteren Zellen zeigten Kernproliferations-

erscheinungen wie bei der Entstehung von Riesenzellen. Im Derma nichts Besonderes. Bei dieser Gelegenheit verweist Verfasser auf die Untersuchungen von Flemming, Czajewicz usw., welche die Umwandlung atrophierter Fettzellen in Bindegewebszellen nachgewiesen haben. Trotz des negativen Befundes der Inokulationsresultate hält Verfasser den Fall auf Grund verschiedener Umstände (ziemlich heftige Reaktion der Patientin auf Tuberkulin, Verwendung einer unreinen Spritze für die Injektionen usw.), den er für ein atypisches Erythema induratum hält, für tuberkulöser Natur.

Klinische und pathologisch-anatomische Bemerkungen über einen Fall von Mykosis fungoides, von Ramazzotti. Der Verfasser beschreibt einen typischen Fall von Mykosis fungoides. In Übereinstimmung mit Pelagatti und auf Grund des histologischen Befundes betrachtet er seinen Fall als eine Manifestation der Leukämie und rechnet ihn in Anbetracht des Zustandes des Knochenmarks zur myelogenen Form derselben.

Ätiologie und Pathogenese der Acne vulgaris, von Dacoó. (Schluſs.) Hier beschreibt der Verfasser die Morphologie, Bakteriologie und Pathogenese der Aknepustel und bespricht sodann die Therapie. Nach seinem Dafürhalten bildet die eigentliche Basis der Veränderungen bei der Acne vulgaris nicht die Pustel, noch der Comedo, noch die Seborrhoe, sondern eine Reihe von Modifikationen des Hautgewebes: die übertrieben funktionierende Haut der Aknepatienten hat ihre kompakte Struktur verloren, ebenso ihre Kontraktilität, sie ist verdickt, teigig, die Follikelmündungen sind überall, auch da, wo keine Comedonen sind, erweitert, infolge einer allgemeinen Relaxation der Hautgewebe. Die Ursachen dieser Veränderungen sind sehr verschiedener Art. Zu denselben gehört in erster Linie eine besondere familiäre, zuweilen hereditäre Prädisposition. Zu dieser treten dann sekundär aktive Ursachen: Störungen im Intestinaltraktus, der Geschlechtsorgane, Herzleiden. Daraus entstehen Zirkulationsstörungen im oberflächlichen oder tiefen perifollikulären Gefäſsnetze mit Dilatation der Gefäſse, kleinzelliger Infiltration, Abscefsbildung. Mikroorganismen haben eine rein sekundäre Bedeutung; spezifische Pilze (Unna-Sabouraud usw.) existieren nicht. Allerdings können die pyogenen Pilze Veränderungen des klinischen Bildes verursachen. Dieser Auffassungsweise der Natur der Akne gemäſs darf sich die Therapie nicht auf lokale Prozeduren beschränken, sondern es muſs vor allem der Allgemeinzustand des Patienten berücksichtigt werden.

Das Fibrin bei einigen Formen der Hauttuberkulose, von Lombardo. Wie bei den tuberkulösen Prozessen anderer Organe, konstatiert man bei der Hauttuberkulose, neben proliferativen, exsudative Vorgänge. Diese Exsudation hat ihre Ursache in der reizenden Wirkung des Tuberkelbacillus durch dessen Stoffwechselprodukte und Toxine. Das Fibrin wird reichlicher beim Skrophuloderma, weniger reichlich bei der Tuberculosis verrucosa cutis und noch weniger beim Lupus vulgaris angetroffen. Im ganzen ist sie überhaupt nie reichlich, weil die Haut weniger intensiv als die anderen Organe mit sero-fibrinöser Exsudation reagiert, und wahrscheinlich weil in den von dem Verfasser untersuchten Formen der Bacillus spärlicher vertreten und weniger virulent war.

Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese des Ekzems, von Panichi. In den vom Verfasser beschriebenen Fällen von Ekzem wurden in ihrer Virulenz abgeschwächte Staphylokokken sowohl in den eruptiven Elementen als im Blute nachgewiesen. Diese Keime befanden sich im Blute schon vor dem Auftreten der lokalen Erscheinungen. Das Eindringen dieser Keime in die Zirkulation ist an bereits bestehende Prozesse gebunden (Furunkel, Abscesse der Haut oder der Schleimhäute). Sie können längere

Zeit im Organismus im latenten Zustande verharren, und kann in solchen Fällen ihre Anwesenheit nur durch geeignete Kulturverfahren entdeckt werden.

Ein Besuch im phototherapeutischen Institute zu Florenz, von Truffi. Kurze Beschreibung der Apparate und summarische Mitteilung der Erfolge.

C. Müller-Genf.

Bücherbesprechungen.

Ergebnisse von 240 operierten Lupusfällen nebst Bemerkungen zur modernen Lupusbehandlung, von Ludwig Spitzer und Alfred Jungmann-Wien. (Wien, 1905. Josef Safár. Mit 63 Abbildungen.) Im Jahre 1898 war im gleichen Verlage von dem bekannten Lupusoperateur Prof. Ed. Lang eine fast ebenso umfangreiche Monographie „Der Lupus und dessen operative Behandlung" erschienen; in Ergänzung derselben führen S. und J. den Bericht aus der Langschen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien weiter fort. Die Zahl ist seitdem von 52 auf 240 operativ behandelte Patienten angewachsen, und dieselben werden mit jedesmaligen Krankengeschichtsauszügen und mit Fortführung von weiteren 63 Abbildungen — Lang hatte in seiner eigenen, diesbezüglich ersten Monographie schon 67 angelegt — genau beschrieben und kritisiert. Lang leitet die umfangreiche Übersicht und Statistik im Umfange von 206 Seiten mit einer kurzen Kritik der bisherigen Methoden ein, und seine Kritik und Stellungnahme ist eine durchaus objektive und vornehm liberale, namentlich der Finsenbehandlung gegenüber, und es ist nicht nur interessant, sondern auch für das Allgemeinwohl sehr wichtig, dafs ein so berühmter Spezialist wie Lang der einzelnen Methode exakt und sachgerecht die Grenze zieht. Die Ätzung und die Röntgenbehandlung will L. mit Reserve verwendet wissen, denn „vorläufig sind blofs die Exstirpation und die Anwendung der chemischen Strahlen als radikale Therapie des Lupus erprobt, denn für beide Behandlungsmethoden legen Hunderte von geheilten Lupusfällen Zeugnis ab. Wir geben uns der Hoffnung hin, dafs wir mit der Zeit auch andere Verfahrungsweisen mit gleich günstigem Erfolge kennen lernen werden; bis nun ist das aber nicht der Fall." Für die operative Behandlung ist der Nutzen der Schleichschen Anästhesie auch hierbei ein grofser; der einzige Nachteil derselben, das Verschwimmen der Zonen, umgeht man dadurch, dafs man tags vorher mit einer 5—10 %igen Arg. nitr.-Lösung eine unverwischbare Farbe für die Linie der Schnittführung und eventuellen Lappenbildung anlegt.

Eines noch mufs aus den interessanten und anschaulichen und für eine Nachahmung höchst instruktiven Beschreibungen herausgehoben werden, nämlich der Punkt, dafs eine eventuell auf einige kurze Zeit vorher eingeleitete Ernährungs- bezw. Kräftigungskur für die Wund- und Lappen- und namentlich auch Thiersch-Transplantationsheilung sehr von Nutzen sein kann. Im übrigen glauben wir noch folgende kurze Andeutungen S.s und J.s und Grundsätze Langs hervorheben zu müssen:

Die Lichttherapie allein wird nur anzuwenden sein, erstens: in einer grofsen Reihe von Fällen, in denen man auch bisher nicht exstirpiert hat, zweitens: wenn eine direkte Kontraindikation gegen irgendwelchen gröfseren operativen Eingriff vorliegt, drittens: wenn der Patient sich zur Operation nicht entschliefsen kann und die langwierige Behandlung dem kurzen Eingriff vorzieht.

„Resümieren wir also, so ergibt sich, dafs die Exstirpation einerseits ein grofses unbestrittenes Gebiet hat. Anderseits ist in einer grofsen Gruppe von Lupusfällen die Wahl zwischen beiden Heilmethoden gegeben, und es wird dann genaueste Abschätzung individueller Verhältnisse die Entscheidung bringen."

Nun noch ein Wort über die Möglichkeit einer Kombination beider Verfahren! Grofse Lupusherde, welche belichtet werden sollen, weil eine radikale Exstirpation nicht mehr ausführbar ist, können zum Teile exstirpiert und so die lange Heilungsdauer erheblich vermindert werden.

Ein Gesichtslupus, der auch das Ohr betrifft, kann, soweit die Wange in Betracht kommt, exstirpiert werden. Das Ohr wird dann belichtet und so seine natürliche Form erhalten.

Ähnlich könnte man bei der Nase vorgehen.

In manchen Fällen, die mit konzentriertem Lichte behandelt werden, ist man aus anderen Gründen gezwungen, einen Teil zu exstirpieren. Wir meinen Affektionen, die sich nach einer solchen Richtung hin ausbreiten, dafs Gefahr der Unheilbarkeit eintritt, z. B. gegen die Conjunctiva, die Vagina, die Analregion hin, wenn man das Wachstum, wenigstens auf der einen Seite hin, nicht rasch abschneidet. Unter unseren Krankengeschichten befinden sich Fälle dieser Art, die die dringende Notwendigkeit solcher Kombination beweisen.

Es ist klar, dafs eine Kombination beider Verfahren auch bei solchen Kranken von Vorteil ist, die eine Anzahl von Lupusherden haben, teils operabler, teils inoperabler Natur. Die inoperablen Herde können der Finsenbehandlung zugeführt werden, während die operablen an anderen Körperregionen gleichzeitig exstirpiert werden, woraus eine bedeutende Abkürzung der Behandlungsdauer resultiert.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche, von Dr. S. R. Hermanides-Zeist (Holland). (De Erven Bohn-Haarlem — Gustav Fischer-Jena.) Das Buch gibt in durchaus klarem Stil eine nicht nur für Mediziner, sondern auch für Laien interessante Zusammenfassung der bekanntesten gangbaren Anschauungen über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, eine streng logische Kritik derselben und zum Schlusse die persönliche Meinung des Verfassers. In einem langen Artikel unterwirft H. die sogenannte Reglementierung einer Beurteilung, wobei dieselbe schlecht wegkommt. An der Hand der deduktiven Methode zeigt Verfasser, dafs Reglementierung resp. Visitation niemals etwas helfen kann, weil die sanitäre Kontrolle immer unvollkommen bleiben mufs, weil die Besuche der Männer infolge der Kontrolle zunehmen, weil die „mediate contagion" durch keine Visitation vermieden werden kann, weil sich ein grofser Teil der kranken Prostituierten der Untersuchung und Behandlung entzieht und sich zur clandestinen Prostitution wendet, und weil überall die offizielle Prostitution, also nicht die clandestine, in Abnahme begriffen ist.

Wenn Verfasser sodann die Statistiken betrachtet, so zeigt sich, dafs es überhaupt keine wissenschaftliche Statistik der venerischen Krankheiten gibt. Jedoch sind natürlich Statistiken von Anhängern der Reglementierung angefertigt worden, um die gute Wirkung der Reglementierung zu beweisen. „Die Ziffern müssen nicht allein zuverlässig, sondern auch nach mathematisch-statistischen Anforderungen berechnet sein. Dr. Monnier (ein Mathematiker) ist der einzige, der nach rein mathematisch-statistischer Methode — nach der Methode der kleinsten Quadrate — die Ziffern der Venerie berechnet hat. Er tat dies beim holländischen Heere in den Jahren 1850—1886, so dafs er über mehr als 800 000 Beobachtungen verfügen konnte. Von der Zuverlässigkeit der ihm zur Verfügung stehenden statistischen An-

gaben ausgehend, kam er zum Resultat, daſs 999 999 947 Chancen gegen 53 bestehen, um anzunehmen, daſs seit der Einführung der Reglementierung in einigen Städten von Holland eine bestimmte Ursache tätig gewesen ist, welche die Chancen der Ansteckung vermindert hat. Ist die Reglementierung diese Ursache? Um dies auszumachen, behandelte Dr. Monnier die reglementierten und nichtreglementierten Städte besonders und verglich die Zustände bei den ersteren vor und nach der Einführung der Reglementierung über eine gleiche Anzahl Jahre, während er für die nichtreglementierten als Durchschnittsjahreszahl den 1. Juli 1868 wählte. Er fand nun, daſs 16 gegen 9 Chancen bestehen, daſs in den reglementierten Städten eine solche Ursache der Verbesserung gewirkt hat, aber in den nichtreglementierten Plätzen war die Chance 19 gegen 1, daſs diese Ursache vorhanden war. Deshalb wirken in den reglementierten Städten Ursachen, welche die Chance auf allgemeine Verbesserung abschwächen, oder in nichtreglementierten Städten Ursachen, welche diese Chance erhöhen." Damit ist das Urteil über die holländische Reglementierung ausgesprochen.

Verfasser läſst die sämtlichen europäischen Kulturländer Revue passieren, was diese Statistik anbetrifft, und findet nirgends Anhaltspunkte, um sich über die gute Wirkung eventueller Reglementierung zu freuen. Weiterhin untersucht Verfasser, wie es nun kommt, daſs ein an sich das Gute anstrebendes System absolut nichts Gutes hervorbringt. Und dann springt die Tatsache scharf ins Auge, daſs an der Reglementierung selbst und an der Weise, wie sie ausgeführt wird und nicht anders ausgeführt werden kann, Fehler haften, die das ganze System zu einer Utopie machen. Die ärztliche Kontrolle kann niemals so sein, daſs Krankheit mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen wird. Weiterhin ist die übliche gezwungene Behandlungszeit in den reglementierten Ländern viel zu kurz; wissen wir doch, daſs Syphilis mindestens noch drei Jahre nach der Infektion noch ansteckend sein kann. Verfasser meint, daſs er nicht zuviel verlangt, wenn, um den Gefahren der Verbreitung der Syphilis vorzubeugen, eine einmal syphilitisch infizierte Prostituierte die ersten drei Jahre das Krankenhaus (oder eine Zweiganstalt desselben oder ein Asyl oder wie man ihren Aufenthaltsort nennen will) nicht verlassen, wenigstens ihr Gewerbe nicht ausüben darf. Wird so etwas im 20. Jahrhundert durchgeführt werden können? Wird es eine Regierung geben, welche solche Maſsregeln zu ergreifen wagt? Die Antwort kann nicht zweifelhaft sein. Und mit der Blennorrhoe verhält es sich ungefähr ebenso.

Summa: Keine Reglementierung!

Die Maſsregeln, die zur Beschränkung der venerischen Krankheiten führen können, bespricht Verfasser im letzten Abschnitt seines Buches. Verfasser steht auf dem Standpunkte, daſs die Prostitution kein notwendiges Übel ist, daſs auſsereheliche Beiwohnung nicht nötig ist, um gesund zu bleiben, sondern krank macht, daſs somit Beschränkung der Prostitution allererste Pflicht der Obrigkeit ist. „Denn wo keine Gelegenheit ist, verschwindet das Bedürfnis von selbst." Verfasser will also mit Strafe bedroht sehen „alle Personen, die aus Gewinnsucht die Begehung unzüchtiger Handlungen durch dritte mit anderen hervorrufen oder befördern, daraus ein Gewerbe machen oder dazu behilflich sind, indem sie die Gelegenheit und die Mittel dazu verschaffen", weiterhin die Frau, welche „gewerbsmäſsige Unzucht treibt und dabei den öffentlichen Anstand, die öffentliche Ordnung und die allgemeine Gesundheit gefährdet", weiterhin die „Besitzer von Café chantants, Tanzhäusern und anderen Lokalitäten, wo Musikaufführungen stattfinden und Trinkgelage gehalten werden, wenn diese Etablissements die öffentliche Ordnung, den öffentlichen Anstand oder die allgemeine Gesundheit gefährden". Es hängt also ganz von dem Eifer der Polizei ab,

die Übertretungen ans Licht zu bringen und diesen Maßregeln ihre Zweckmäßigkeit zu geben. Weiterhin wünscht Verfasser „Strafbarkeit des Besuchs von Häusern, in denen, im Widerspruche mit den Bestimmungen dieses Gesetzes, Gelegenheit zu unzüchtigen Handlungen gegeben wird, mit der zutage liegenden Absicht, von dieser Gelegenheit Gebrauch zu machen"; denn die Besucher von gesetzlich verbotenen Häusern können als Mitschuldige oder als Begünstiger betrachtet werden. Verfasser wünscht die wissentliche Übertragung venerischer Krankheiten strafbar zu stellen, wobei natürlich die Männer ebensogut wie die Frauen getroffen werden. Verkauf und Ausstellung pornographischer Abbildungen, unsittlicher Lektüre sollen verboten werden; unsittliche Theaterstücke ebenfalls. Verfasser dringt auf Belehrung der jungen Leute, auf besseren Unterricht in der Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten, auf Verbesserung der Statistiken, auf unentgeltliche Behandlung aller Venerischen, die diese wünschen, und auf Reform der Krankenkassen, die Geschlechtskranke nicht ausschließen dürfen.

Alle diese Maßregeln und Wünsche werden in extenso erläutert, wobei Verfasser noch einige, jetzt vielleicht noch nicht zeitgemäße Spezialwünsche hinzuzufügen wagt. Verfasser bildet sich nicht ein, daß es gelingen wird, die ganze Prostitution und mit ihr die venerischen Krankheiten von der Erde verschwinden zu lassen; das wäre ein unerreichbares hygienisches Ideal. „Aber welche Krankheit hat denn die Hygiene überhaupt aus der Welt geschafft? Wir glauben, daß diese ihren Zweck bereits erreicht hat, wenn es ihr gelingt, die venerischen Krankheiten in sichtbarer Weise zu vermindern, was die Reglementierung bis jetzt nicht vermocht hat."

Das Buch ist mit einer überraschenden Klarheit und enormen Überzeugung geschrieben. Wenn Referent sich ein Urteil anmaßen darf, so dünkt ihm, daß Verfasser zu wenig Licht auf die ungleiche Verteilung der materiellen Lebensbedingungen hat fallen lassen; viel ist nach Referentens Meinung umsonst, solange große Armut und großer, vielfach ohne Arbeit errungener Reichtum (er denkt hier an das Erben) nebeneinander bestehen.

Möge der Samen, den Verfasser und seine illustren Vorgänger gesät haben, zu einem großen Baume emporwachsen, an dem die üppigen Früchte, eine syphilis-freie Nachkommenschaft, zur Glorie der Hygiene prangen. *Wenniger-Rotterdam.*

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, T. II: Geschlechtskrankheiten, von M. Joseph - Berlin. 4. Auflage. (G. Thieme. Leipzig 1905.) Es dürfte sich erübrigen, eine genaue Besprechung dieses bekannten Lehrbuchs, welches in neuer Bearbeitung „up to date" vorliegt, zu geben. Das zu behandelnde Thema ist in anschaulicher und anregender Weise dargelegt, und die einzelnen Gebiete, Syphilis, Ulcus molle und Blennorrhe, haben jedes eingehende Berücksichtigung erfahren. Bei Besprechung der Nephritis bei Syphilis allenfalls hätte sich Verfasser in bezug auf die einzuschlagende Therapie etwas definitiver aussprechen können. Der auf diesem Gebiete noch weniger bewanderte Arzt dürfte nach der Lektüre dieses Abschnitts sehr unschlüssig sein, ob er in einem gegebenen Fall von Albuminurie bei Syphilis mit der Hg-Behandlung, welche in vielen Fällen eklatanten Erfolg gebracht hat, fortfahren solle oder nicht, trotzdem J. in dem einen Passus sich entschieden für Aussetzen erklärt. Allerdings dürfte die Frage im konkreten Falle auch nicht immer ganz leicht zu entscheiden sein. In bezug auf das Gewicht des Pankreas ist (S. 145) offenbar ein Fehler untergelaufen. Die Illustrationen verdienen (zum Teil besonders) lobende Erwähnung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. *Prostata.*

Prostatektomie in dringenden Fällen, von JOHN F. ERDMANN-New York. (*Med. News.* 14. Jan. 1905.) Diese dringenden Fälle, bei welchen die Drainage der Blase sich notwendig erweist, sind für ERDMANN folgender Art: 1. Undurchgängigkeit der Harnröhre infolge von Striktur, verbunden mit Ruptur und Gangrän des ganzen Scrotums und Perineums. 2. Retrograde Hämorrhagie, wobei die Blase voll von Blutgerinnseln und blutigem Urin ist (bei maligner Entartung der Prostata). 3. Falsche Wege mit retrograder Hämorrhagie. 4. Akute Obstruktion infolge von Erkältung; Unmöglichkeit, zu katheterisieren. 5. Trauma der Harnröhre, vergebliche Katheterisation. 6. Tiefsitzende Striktur der Harnröhre, Kathetercystitis u. s. f. Diese Einteilung gründet sich auf die Erfahrungen von acht von ERDMANN selbst beobachteten Fällen, welche Patienten im Alter von 61—74 Jahren betrafen, einzeln hier beschrieben sind und von welchen sechs zur Genesung kamen. Während früher und vielleicht auch jetzt noch sehr konservative Chirurgen in diesen Fällen sich mit der Cystotomia (suprapubica oder perinea) und Drainage begnügt hätten, hält ERDMANN für die weit bessere Methode Drainage mit Prostatektomie, und zwar auf dem perinealen Wege; der obere Blasenschnitt käme hierbei höchstens dann in Betracht, wenn die Prostata wegen extensiv bösartiger Neubildung nicht entfernt werden kann, während die BOTTINIsche Operation für die genannten Fälle überhaupt auszuschliefsen ist. Die Prostatektomie erleichtert den Abfluſs aus der Harnblase und die Drainage; durch den perinealen Weg erfolgen dieselben auf dem besten Wege, kann die Blasenspülung leichter vorgenommen werden, ist die Entfernung des Katheters leichter zu kontrollieren und mit weniger Verunreinigung verbunden als beim oberen Blasenschnitt.

Stern-München.

Bemerkungen über 28 Fälle von Prostatektomie, von J. BENTLEY SQUIER-New York. (*Med. News.* 18. Febr. 1905.) Verfasser hebt hervor, daſs die Frage, ob Operation oder nicht, bei Prostatahypertrophie von so vielen Faktoren sozialer, physischer und anderer Art abhänge, daſs sie im allgemeinen überhaupt nicht beantwortet werden kann, sondern jeder Patient gleichsam eine Regel für sich darstellt. Die jetzt am meisten übliche Operationsmethode ist die perineale, welche schon vor 200 Jahren von CELSUS ausgeführt wurde, und das Instrument, auf welchem die Urethra geöffnet wurde, ward von JOHANNES DE ROMANES im Jahre 1555 empfohlen. SQUIER hat seit dem Jahre 1900 im ganzen 28 Fälle von Prostatahypertrophie operiert, wovon sieben mit oberem Blasenschnitt und Drainage durch das Perineum und 21 nur durch die perineale Inzision. Von ersteren starben drei unmittelbar infolge der Operation, von den 21 der zweiten Kategorie nur zwei, bei welchen aber vorgeschrittene Nierenveränderungen und hochgradige Cystitis vorhanden waren und der chirurgische Eingriff nur wegen der unerträglichen Harnbeschwerden vorgenommen wurde. Das Alter der Patienten war von 52—85 Jahren, sechs davon waren über 80 Jahre alt, acht zwischen 70 und 80; das Alter an sich bot also keine Gegenindikation der Prostatektomie. Das früheste Datum, wo die perineale Inzision zur Heilung kam, waren 14 Tage nach der Operation, gewöhnlich brauchte sie aber drei, höchstens sechs

Wochen. Die Dauererfolge Squiers — drei Monate nach der Operation gerechnet — waren sehr befriedigende, aber die Mehrzahl der Fälle erforderte doch noch einige Monate Nachbehandlung, um eine alte Cystitis zur Heilung zu bringen oder den Tonus der Blasenmuskulatur zu kräftigen; trotz dieser oft lange währenden Nachkur konnte bei der Mehrzahl der Patienten die völlig normale Kontraktion der Blase nicht mehr erreicht werden. Squier spricht sich schliefslich gegen die vielfach angenommene Meinung aus, als ob der Grad der Niereninsuffizienz bestimmend für die Operation sein sollte; denn 75% seiner Fälle hatten mehr oder weniger hochgradige Nierenveränderungen, welche aber nach der Operation durch die Freilegung der Wege bedeutende Besserung erfuhren. Nach seiner Ansicht bildet die Wirkung der Narkose eine relativ gröfsere Gefahr für die Nieren als die Operation an sich, und ist die Wahl des Narkotiseurs von viel gröfserer Wichtigkeit als die des anästhesierenden Mittels. *Stern-München.*

Die Totalenukleation der Prostata im Greisenalter, von P. J. Freyer-London. (*Lancet.* 25. Febr. 1905.) Verfasser berichtet hier ausführlich über zehn nach seiner Methode operierte Patienten, von denen der jüngste zur Zeit der Operation 79 Jahre alt war, während die anderen alle das 80. Lebensjahr überschritten hatten. Nur einer von ihnen ist gestorben, und zwar vier Wochen nach der Operation, als die Wunde bereits geschlossen war und Urin auf natürlichem Wege entleert wurde. Die Todesursache scheint unabhängig von der Operation in akuter Herzschwäche bestanden zu haben. Das Gewicht des exstirpierten Organs erhob sich in dem einen Falle bis zu rund 200 g. Die Wirkung auf die Blasenfunktion wird ausnahmslos als vorzüglich geschildert. In verschiedenen Fällen war die ganze Operation in fünf Minuten beendet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Technik der perinealen Prostatektomie, von George Ryerson Fowler-Brooklyn. (*Med. News.* 18. März 1905.) Fowler ist überzeugt, dafs in den meisten Fällen von Prostatahypertrophie der Weg der perinealen Operation der sicherste und auch natürlichste ist. Weitere Vorteile derselben vor der suprapubischen sind gröfsere Schonung der Urethra und der Ductus ejaculatorii, die geringere Gefahr einer Infektion der tieferen Beckenorgane (Peritoneum) und die Unnötigkeit, länger als höchstens 48 Stunden die Drainage zu belassen. Bezüglich der Technik der Operation wendete F. zur Anästhesie entweder allgemeine Narkose oder Kokaininjektion in das Rückenmark an. Die Blase wird vorher ausgespült und ein möglichst starker Gummikatheter eingeführt und in situ belassen. Der Hautschnitt hat die Form eines umgekehrten Y (vom Scrotum ausgehend); wird die Enukleation gemacht, so mufs die Harnröhre eröffnet werden, bei einfacher Resektion aber nicht. Bei Enukleation sollte das Organ langsam durch die Fingerspitzen ausgeschält werden, ähnlich wie eine Orange aus ihrer Schale; einen forcierten Zug vermeidet F. sowohl bei der Enukleation wie bei der Resektion; er glaubt vielmehr, dafs auf solches Vorgehen und die dabei angewandten Instrumente manche Fälle von Lähmung des Blasenschliefsmuskels, welche so häufig nach Prostatektomie beobachtet wird, zurückzuführen sind. Die Nachbehandlung der perinealen Prostatektomie ist eine sehr einfache: Tamponade der Wunde ohne Rücksicht auf etwaige Verletzung der Harnröhre (? Ref.) und womöglich ohne Einlage eines Drains, Reinhaltung durch häufigen Verbandwechsel und Irrigation der Wundflächen und, was besonders wichtig, den Patienten bald aus dem Bett und möglichst bald sich aufsitzen lassen. Wenn eine Drainröhre eingelegt worden ist, soll sie nicht später als nach 48 Stunden entfernt werden. *Stern-München.*

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Über antiseptische Beeinflussung des Harns durch innerlich dargereichte Antiseptica, von Fritz Reché. (Inaug.-Dissert. Breslau 1902.) Nach den Resultaten

der vom Verfasser mitgeteilten Versuche sind wir imstande, die im Harn enthaltenen Bakterien durch gewisse innerlich dargereichte Antiseptica in ihrer Entwicklung zu hemmen, ja sogar zuweilen abzutöten. Von den hier angewandten Mitteln bewährt sich Urotropin am besten, welches fast stets entwicklungshemmend, sehr oft völlig abtötend auf die Bakterien einwirkte. Irgendwelche üble Nebenerscheinungen sind selbst bei gröfseren Dosen (4,0 pro die, 2,0 pro dosi) nie aufgetreten. Demnach ist das Urotropin prophylaktisch bei Operationen am Urogenitalapparat sowie zu therapeutischen Zwecken bei den infektiösen Prozessen der Harnorgane empfehlenswert. Das Ausbleiben der günstigen Wirkung des Urotropins bei schweren Fällen von Cystitis, Pyelitis, Tuberkulose usw. dürfte wohl darin seine Erklärung finden, dafs es sich hierbei um tief in die Gewebe eindringende Prozesse handelt. Nun wirkt aber Urotropinharn als schwach antiseptische Lösung auf die Schleimhautoberfläche ein. Da erfahrungsgemäfs selbst stark antiseptische Lösungen bei tiefergreifenden infektiösen Prozessen häufig wirkungslos sind, so ist es erklärlich, dafs die Berieselung der Schleimhaut mit Urotropinharn derartig schweren, tiefgreifenden Prozessen gegenüber keine erhebliche Wirkung entfalten kann. Die Resultate der Versuche mit Salol waren meist negativ, nur selten trat eine geringe Entwicklungshemmung der Mikroorganismen ein. Mit Terpentinöl hat Verfasser wechselnde Resultate erzielt; jedenfalls steht dieses Mittel, weil es für längeren Gebrauch der Nebenwirkungen wegen ungeeignet erscheint, hinter dem Urotropin erheblich zurück. Die Resultate bei Darreichung von Acid. boric. und Ol. ligni santali, mit denen nur wenig Versuche angestellt wurden, fielen für das erste Medikament völlig negativ aus; in einem Falle konnte Verfasser mit Santelöl Abtötung der Bakterien erzielen.

Fritz Loeb-München.

Über die Anwendung des Theophyllins als Diuretikum, von O. Schmiedeberg. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 82. Heft 3/4. Febr. 1905.) Das Theophyllin ist ein sehr brauchbares und viel angewendetes Diuretikum, doch wurden zuweilen Nebenwirkungen beobachtet. Sch. fafst die Wirkungen des Mittels ausführlich zusammen. Das Wesen der Wirkung auf das Zentralnervensystem, die quergestreiften Muskeln besteht im allgemeinen darin, dafs die Erregbarkeit oder Funktionstätigkeit derselben anfangs und bei mäfsigen Gaben erhöht, bei maximaler Wirkung aber schliefslich vernichtet wird. Die diuretische Wirkung des Theophyllins hängt zum Teil von der Steigerung der Funktionstätigkeit der Nierenepithelien und zum Teil wohl auch von einer Anregung der Lymphabsonderung ab. Die Nebenwirkungen bestehen zuweilen in Erregungszuständen des Zentralnervensystems und Magenstörungen. Um diese zu vermeiden, gebe man anfangs kleine Gaben und steigere allmählich; zweckmäfsig ist eine wässerige Lösung von Theophyllinnatrium 2,25 : 300, zuerst zweimal täglich einen Eßlöffel bis dreimal drei Eßlöffel. In geeigneten Fällen ist die gleichzeitige Anwendung von Digitalis zweckmäfsig.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über das Vorkommen von reichlichen Cylindern im Harn ohne gleichzeitige Albuminurie, von F. Kraus-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 4.) Eine 58jährige Frau erkrankte plötzlich mit schmerzhaften Ödemen in den unteren Gliedmafsen, starkem Jucken in der Haut des ganzen Körpers, Schwinden des Sehvermögens des rechten Auges und Nachlassen dieses am linken Auge. Es gesellte sich Kopfschmerz, Appetitlosigkeit und unruhiger Schlaf dazu. Der Urin zeigte in den ersten Beobachtungstagen eine auffällig verminderte Harnabsonderung, 600—700 ccm pro die. Er wurde täglich auf Albumen mit Essigsäure-Ferrocyankalium und der Kochprobe untersucht, nie aber fand sich Eiweifs. Er war ziemlich klar und setzte wenig Sediment ab, in letzterem wurden auffallend zahlreiche Cylinder, und zwar vorwiegend granulierte, aber auch epitheliale beobachtet. Da der Krankheitsverlauf noch nicht abgeschlossen,

kann ein sicheres Urteil darüber nicht gegeben werden. Die Symptome sprechen für eine akute parenchymatöse Nephritis, doch war weder eine febrile Infektion, eine ektogene Vergiftung, eine Erkältung vorausgegangen, noch auch liefs sich Lues nachweisen. Ähnliche Beobachtungen sind in der Literatur mehrfach beschrieben. Nach eigenen histologischen Erfahrungen des Verfassers handelt es sich um herdartiges Auftreten der Entzündung; die Herde liegen besonders in der Grenzschicht der Pyramiden, in den subkapsulären Rindenpartien und in der Umgebung der Glomeruli.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Hämaturie als Symptom der Hydronephrose, Nephrektomie, Heilung, von L. Bolton Bangs - New York. (*Med. News.* 11. Febr. 1905.) Im allgemeinen gilt Hämaturie nicht als Symptom der Hydronephrose, worüber aufser Israel auch kein Autor berichtet; letztere dünkt Bangs im Vergleich zu den in anderen Ländern vorkommenden Fällen eine in Amerika sehr seltene Erkrankung. In dem von B. eingehend beschriebenen Falle, einen 19jährigen Mann betreffend, war intermittierend und in wechselnder Menge Blut im Urin vorhanden; sie nahm bei geringem Trauma, z. B. Eisenbahnfahrten, durch die diagnostischen Nierenuntersuchungen u. s. f. stets zu, was auch aus ganz unbekannten Gründen der Fall war, jedoch besonders grofs war die Blutung nie. Für die Entstehung der Hydronephrose konnte weder vor der Operation noch an der exstirpierten Niere eine Ursache gefunden werden: weder Nieren-Stein- noch -Neubildung, keine Verlagerung der Niere oder Obstruktion im Verlaufe des Ureters u. s. f. Die Hauptbeschwerden, welche Patient hatte, waren hartnäckige Obstipation, zurückzuführen auf den Druck, welchen die Hydronephrose auf das Colon descendens ausübte; wie lange dieselbe zurückdatierte, konnte ebenfalls nicht festgestellt werden. Nach der Operation verschwand auch dieses Hauptsymptom, ebenso wie die Hämaturie, und Patient ward völlig geheilt, so dafs er sich ein Jahr darauf in eine Lebensversicherung aufnehmen liefs; allerdings war B. dabei aufserstande, die Frage zu beantworten, wie lange die vermutliche Lebensdauer eines Mannes „mit einer Niere" betrage.

Stern-München.

Über physiologische und pathologische Albuminurie, von H. Senator. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) Unter „physiologischer Albuminurie" sind nicht die in jedem normalen Urin vorhandenen Spuren von Eiweifs zu verstehen, sondern das mit den gewöhnlichen Methoden nachweisbare Auftreten von Eiweifs bei gesunden Personen unter Verhältnissen, die wohl aufsergewöhnlich sind, aber durchaus in der Breite der Gesundheit, also innerhalb physiologischer Grenzen liegen. Solche aufsergewöhnlichen physiologischen Anlässe sind z. B. anstrengende Muskelarbeit der Unterextremitäten, die Einnahme resp. Verdauung einer reichlichen Mahlzeit, die Menstruation, kalte Bäder, psychische, besonders geschlechtliche Aufregungen. Pathologisch wird die Albuminurie erst, wenn sie nicht nur unter aufsergewöhnlichen Verhältnissen eintritt und mit diesen wieder verschwindet, sondern wenn sie sich auch schon unter normalen, zu den Bedürfnissen des gewöhnlichen Lebens gehörigen Bedingungen zeigt. Unzweifelhaft pathologisch ist die sog. „cyklische" oder „orthostatische" oder „orthotische" Albuminurie, die bei sonst scheinbar gesunden Menschen auftritt beim Übergang aus der liegenden Körperhaltung in die aufrechte, beim Stehen oder ruhigen Umhergehen; denn Stehen, Sitzen und Gehen sind normale, für die Bedürfnisse des Lebens notwendige Funktionen. Das häufige Vorkommen dieser orthostatischen Albuminurie bei schwächlichen Kindern oder jungen Leuten, nach Infektionskrankheiten, sowie als letzter Ausläufer einer vorhergegangenen Nephritis, alles dies sind Umstände, die für die pathologische Natur dieser Albuminurie sprechen. Den allermeisten Fällen liegt nach des Verfassers Ansicht ein leichter Reiz- oder entzündlicher Zustand in den Nieren zugrunde, welcher in Heilung übergehen, aber auch bis

zu einer diffusen, chronischen Nephritis sich weiter entwickeln kann. — Der Eiweifsgehalt bei allen diesen Formen von physiologischer und pathologischer intermittierender Albuminurie bleibt meistens unter 0,5‰. — Die Erklärung für diese Zustände glaubt Verfasser in einer Disposition suchen zu müssen, welche angeboren oder erworben sein und in einer abnormen Beschaffenheit verschiedener Organe, wie der Niere, des Verdauungsschlauches, der Blutgefäfse und der Blutflüssigkeit, gelegen sein kann. Der Theorie v. Leubes, der diese Disposition durch eine angeborene gröfsere Durchlässigkeit der Glomerulusmembran erklärt, vermag Verfasser nicht beizupflichten, da mit der bloſsen Annahme einer angeborenen Anomalie der veränderliche Charakter dieser Albuminurien und die Möglichkeit ihres gänzlichen Verschwindens nicht in Einklang zu bringen sei.

In der Diskussion zu diesem im Verein für innere Medizin in Berlin gehaltenen Vortrag vertritt Max Salomon die Ansicht, dafs es eine physiologische Albuminurie nicht gibt, dafs jede Albuminurie pathologisch ist. Trete nach gewissen Schädlichkeiten (anstrengenden Märschen, eiskalten Bädern, opulenten Mahlzeiten) Eiweifs im Urin auf, so sei das ein Zeichen einer verminderten Widerstandsfähigkeit der Nieren. Die Annahme einer Disposition treffe also für solche Zustände nicht zu, sondern man müsse die Nieren als einen locus minoris resistentiae ansehen. Wie zweifelhaft die Diagnose solcher sog. physiologischer Albuminurien ist, belegt Salomon durch Mitteilung folgenden Falles: Ein Arzt, bei dem zwei bedeutende Kliniker die Diagnose „physiologische Albuminurie“ gestellt hatten und der die Erlaubnis zur Eheschliefsung bekommen hatte, ging vier bis fünf Jahre nach der Verheiratung an Nierenschrumpfung zugrunde. — Fürbringer gibt zu, dafs bei der Mehrzahl der Fälle von orthotischer Albuminurie wohl eine abortive bezw. latente Nephritis im Spiele ist; nach seinen Erfahrungen liegt aber in einer nicht geringen Zahl von Fällen auch nicht der Schatten eines Verdachtes von nephritischen Veränderungen vor. Dafs durch geschlechtlichen Orgasmus mitunter Albuminurie ausgelöst wird, kann Fürbringer bestätigen. Gegenüber der Angabe Senators, dafs die Menge der Ausscheidung selten 0,5‰ übersteige, erinnert F. an einen von ihm bereits 1879 mitgeteilten Fall eines jungen Arztes, der auf intensive Erregungen depressiven Charakters merkwürdig grofse Mengen Eiweifs ausschied, einmal sogar 6‰. F. erklärt diesen Fall — der betreffende Patient ist übrigens noch am Leben — durch eine akute Nierencyanose, entstanden durch plötzliche Behinderung des venösen Abflusses. — Casper berichtet über drei längere Zeit beobachtete Fälle von orthotischer Albuminurie, die sämtlich zu Nephritiden geworden sind, bestätigt aber die Ausführungen Senators. Interessante Mitteilungen macht Casper über die Unterscheidung der Albuminuria spuria und vera. Zur Entscheidung, ob in einem Eiterharn mehr Eiweifs vorhanden ist, als dem Eitergehalt entspricht, genügt die Filtration durch einfaches Filtrierpapier nicht. Dagegen wird Eitereiweifs durch Passieren eines Kohlefilters zurückgehalten, während Nierenеiweifs hindurchgeht; allerdings ist diese Probe nur bis zu einem gewissen Grade zuverlässig, nämlich wenn das Niereneiweifs mehr als 1‰ beträgt. Geringere Mengen von Niereneiweifs passieren gleichfalls das Kohlefilter. — Benjamin hat seinerzeit auf Veranlassung Gerhardts systematisch den Urin von Mädchen auf Eiweifs untersucht und in einem Falle das Vorkommen prämenstrueller Albuminurie festgestellt. Er fragt, wie man sich in den Fällen von physiologischer und pathologischer Albuminurie bei der Ausstellung von Attesten für Behörden, Versicherungen usw. verhalten solle. — Senator erwidert im Schlufswort, dafs die Beobachtungen prämenstrueller Albuminurie nicht ganz einwandsfrei seien, wenn der Urin nicht mittels Katheters aufgefangen sei. Bei der Ausstellung von Attesten ist der Arzt tatsächlich oft in schwieriger Lage. Bei pathologischer Albuminurie würde er die Aufnahme in eine Versicherung nur mit

einer gewissen Erhöhung empfehlen. Die Begriffe „locus minoris resistentiae" und „Disposition" seien nicht so wesentlich voneinander verschieden, wie SALOMON annehme.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Frage der physiologischen Albuminurie, von W. VON LEUBE-Würzburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 3.) Verfasser hält SENATOR gegenüber daran fest, daſs sich für das Zustandekommen der physiologischen Albuminurie die Annahme einer relativen Undichtigkeit des Nierenfilters nicht umgehen lasse. Sie bilde die ungezwungenste, natürlichste Erklärung dieser Erscheinung. Auch das Verschwinden der Albuminurie durch Drainieren ist mit dieser Annahme in Einklang zu bringen. Trotz Fortbestehens des undichten Filters verschwindet die Albuminurie, weil diejenigen Faktoren, welche die Eiweiſsausscheidung auslösen, infolge systematischer Hebung der Muskelkraft und Verminderung der Ermüdbarkeit und nervösen Reizbarkeit bei Ausführung solcher anstrengenden Arbeiten weniger zur Wirkung kommen. Auch gewisse klinische Tatsachen bei Kranken mit Stauungszuständen lassen sich nicht anders als mit der Annahme angeborener Verschiedenheiten in der Dichtigkeit des Nierenfilters erklären, so z. B. die Tatsache, daſs bei einzelnen Menschen trotz effektiver Stauung in den Nieren die Eiweiſsausscheidung im Urin ganz ausbleiben kann.

A. Loewald-Kolmar.

Albuminurien scheinbar renalen Ursprungs bei Menschen im Alter von ungefähr 50 Jahren, von H. HUCHARD und CH. FRIESSINGER. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 53.) Bei ungefähr 50jährigen neurasthenischen oder nervös-arthritischen Menschen kommen nach H. und FR. Albuminurien vor, die lediglich Symptome einer allgemeinen Ernährungsstörung sind. Diese funktionellen Albuminurien haben mit Nierensklerosen gar nichts zu tun, wenn auch ihre Symptome eine weitgehende Übereinstimmung mit den Erscheinungen bei Nierensklerose aufweisen: der Urin ist sehr dünn, die Harnstoffmenge infolge der ungenügenden Ernährung der meist überängstlichen Kranken vermindert, der Urin enthält Eiweiſs, aber keine Cylinder, das Ergebnis der Kryoskopie scheint auf eine ungenügende Ausscheidung harnfähiger Substanzen hinzuweisen. Daneben finden sich Trockenheit der Haut oder profuse Schweiſse, Kopfschmerzen, Schwindel, Gefühl von Ameisenkriechen, Schwäche, Schlaflosigkeit, Schmerzen in den Extremitäten und gastrische Störungen, in manchen Fällen auſserdem noch beträchtliche Verminderung der Harnmenge und ödematöse Schwellung der unteren Extremitäten. Die Oligurie ist nicht etwa als beginnende Urämie aufzufassen; sie ist die Folge einer Nierenneurasthenie, einer Nierenträgheit, die zu einer Verminderung der Wasserausscheidung und damit zur Retention von Flüssigkeit und zur Bildung von Ödemen führt (? Ref.); die Herztätigkeit ist dabei vollständig normal. In zwei Punkten unterscheiden sich die funktionellen Albuminurien der Fünfzigjährigen stets von der Nierensklerose: der Blutdruck ist immer niedrig und die Menge des im Harnstoff ausgeschiedenen N macht wie bei Gesunden 85% der Gesamtmenge des ausgeschiedenen N aus, während sie bei Nierensklerose nur 77—80% beträgt. Die Prognose der Affektion ist günstig; sämtliche Symptome können durch geeignete Behandlung der nervösen und der gastrischen Störungen zum Verschwinden gebracht werden.

Götz-München.

Die Albuminurien im Kindesalter, von LEO LANGSTEIN-Berlin. (*Med. Klinik.* 1904. Nr. 3.) Bei seinen Untersuchungen kam es Verfasser in erster Linie darauf an, festzustellen, welche Eiweiſskörper bei den verschiedenen Formen der Albuminurien ausgeschieden werden und in welchem Verhältnisse ihre Menge zueinander steht. Das wichtigste Ergebnis war, daſs das Verhältnis von Euglobulin, Pseudoglobulin und Albumin bei der akuten, chronischen Nephritis und cyklischen Albuminurie ganz verschieden, und zwar gesetzmäſsig verschieden ist. Bei der chronischen Nephritis der

Kinder besteht die Hauptmenge des Eiweifses aus Albumin und eine relativ kleine Menge aus Pseudoglobulin, während das Euglobulin nicht oder nur in quantitativ bestimmbaren Spuren vorhanden ist. Bei der orthotischen Albuminurie fanden sich drei Typen von Fällen: 1. solche, bei denen nur Euglobulin resp. der durch Essigsäure fällbare Eiweifskörper ausgeschieden wird; 2. solche, die neben diesem auch noch zur Ausscheidung von Albumin führen, und 3. Fälle, wo sämtliche drei Eiweifskörper in einem gewissen, nicht konstanten Verhältnis ausgeschieden werden. Bei der akuten Nephritis (Scharlachnephritis, febrile Albuminurie) finden sich quantitativ bestimmbare Mengen eines durch Essigsäure fällbaren Eiweifskörpers. Verfasser kommt zu dem Ergebnis, dafs die cyklische Albuminurie von der chronischen Nephritis der Kinder zu trennen ist, und dafs erstere als eine Stoffwechselstörung in erster Linie aufzufassen ist, wobei die Nierenschädigung im Sinne einer Durchlässigkeit für Eiweifskörper erst sekundär eine Rolle spielt. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Bence-Jonesschen Albuminurie, von Felix Reach-Karlsbad. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 82; Heft 3 und 4.) Ein Fall von Bence-Jonesscher Albuminurie kam dem Verfasser zur Beobachtung. Der Harn enthielt 3,2 % desselben, die Fällungsgrenzen des gereinigten Körpers waren zwischen 2,3 und 4,3 ccm Ammonsulfat. Die Versuche zeigten, dafs der Bence-Jonessche Eiweifskörper mit keiner der untersuchten Heteroalbumosen identisch ist. Er war im vorliegenden Falle nicht im Blut und der Leber, wohl aber in der Milz zu finden, was dafür spricht, dafs er nicht direkt aus dem Eiweifs der Nahrung stammt, sondern dafs er in den pathologischen Herden gebildet wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über orthostatische Albuminurie, von Evoli. (*Giornale internaz. delle Scienze med.* 1905. Nr. 3.) Diesem Symptom wurde bisher keine prognostische Bedeutung zugemessen, nach des Verfassers Ansicht aber mit Unrecht. Wenn dasselbe nämlich auch bei anscheinend vollkommen gesunden Individuen angetroffen werden kann, so mufs trotzdem mit Leube angenommen werden, dafs das Vorhandensein von Eiweifs im Urin nicht zu den Merkmalen eines normalen Harns gehört und zum mindesten als das Zeichen einer verminderten Widerstandskraft der uropoetischen Organe aufgefafst werden mufs. *C. Müller-Genf.*

Albumosuria myelopathica, von C. W. P. Moffatt-Liverpool. (*Lancet.* 28. Jan. 1905.) Von Bence-Jones ist bekanntlich im Jahre 1848 auf eine eigentümliche Beschaffenheit des Urins hingewiesen, welche seitdem als Bence-Jonessche Albumosurie bezeichnet wird. Das Charakteristische dabei ist, dafs aus dem Urin beim Erwärmen auf etwa 58° ein Eiweifskörper niedergeschlagen wird, welcher aber beim weiteren Erhitzen bis zum Siedepunkt wieder vollständig aufgelöst wird, um beim Abkühlen wieder zu erscheinen. Ebenso wird mit starker Salpetersäure ein Niederschlag erzeugt, welcher beim Erwärmen verschwindet. Im Verein mit dieser Anomalie sieht man erhebliche Knochenaffektionen auftreten, welche sich als multiple Myelome kennzeichnen. M. hat in der ausführlich mitgeteilten Literatur bisher 39 Fälle dieser Art berichtet gefunden und fügt noch einen entsprechenden Fall aus der Klinik von Barr in Liverpool hinzu. Derselbe endete, wie die anderen auch, tödlich. Wegen der vielfach interessanten Einzelheiten der Arbeit mufs aufs Original verwiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über intermittierende cystische Dilatation der vesikalen Ureterenenden, von Fritz König-Altona. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) K. konstatierte bei einem 45jährigen Manne, der von Kindheit an an häufigem Harndrang und Verlangsamung der Miktionen litt und in den letzten Jahren nach Bewegungen vorübergehend Blut im Urin beobachtet hatte, an der Stelle der vesikalen Ureterenmündungen kugelige Vorwölbungen, die sich unter rythmischen Stöfsen zu bedeutender Gröfse

aufblähten und, nachdem sich aus ihnen ein Strahl klaren Urins entleert hatte, stoßweise kollabierten, um nach einer Pause erneut aufzutreten. Es handelte sich um eine beiderseitige cystische Dilatation des vesikalen Ureterteiles. Mit anderen Autoren führt K. diese Affektion auf ein Fehlen der Blasenmuskulatur in der Umgebung der Harnleitermündung zurück. Der von den Nieren ausgespritzte Urin schlägt, da der Ureter bei seinem Eintritt in die Blase eine Biegung macht, an die Blasenwand an, diese gibt, wenn die Muskulatur an der betreffenden Stelle fehlt, dem Anprall allmählich nach und wölbt sich nach innen vor und bewirkt dadurch eine Knickung des Ureters; dann staut sich der Urin, die weiter zufließenden Harnmengen dehnen die Ausstülpung noch weiter aus, die Knickung wird stärker, bis sich schließlich bei einer heftigen Kontraktion des Ureters Harn entleert. — Die klinischen Erscheinungen der Affektion sind häufiger, starker Harndrang und Erschwerung und Verlangsamung der Miktionen, außerdem in manchen Fällen längs des Ureters lokalisierte Schmerzen, die sich zu Koliken steigern können, plötzliche Unterbrechungen des Harnstrahls, akute Harnretention und Blutungen aus der chronisch-hyperämischen Blasen- oder Ureterenschleimhaut. In allen bisher beobachteten Fällen verschwanden zeitweise sämtliche Erscheinungen. Eine Behandlung ist für gewöhnlich nicht notwendig. Nur wenn die Cysten die Harnleitermündung auch nur zeitweise verschließen, oder wenn Zeichen von Eiter- oder Steinbildung im Cystensack auftreten, ist operatives Eingreifen — Sectio alta mit Amputation der cystischen Erweiterung oder Resektion der vorderen Wand der Cyste — geboten.

Götz-München.

Ein neues Ureterencystoskop für den Katheterismus eines oder beider Ureteren, von Albert Freudenberg-Berlin. (*Centralbl. f. Chir.* 1904. Nr. 51.) Das nach F.s Angaben bei Reiniger, Gebbert & Schall (Berlin-Erlangen) angefertigte Ureterencystoskop für den Katheterismus eines oder beider Ureteren zeigt zwei neue Prinzipien.

Das erste dieser Prinzipien ist, daß Lampe, Prisma (resp. Objektivlinse) und Austrittsöffnung für die Ureterenkatheter an der hinteren, der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes angebracht sind. Infolge dieser Einrichtung liegen Lampe, Prisma und Austrittsöffnung dicht beieinander und können, ohne daß der vorspringende Schnabel im Wege ist, auch ganz dicht an die Ureterenmündungen herangeführt werden, die dadurch besonders gut beleuchtet, stark vergrößert und leicht von dem Ureterenkatheter entriert werden. Außerdem gelingt die Deckung leichter, ohne daß eine Kreuzung der Ureterenkatheter entsteht.

Das zweite Prinzip besteht darin, daß man nicht nur den optischen Apparat herausziehen kann, sondern auch die Zwischenwand zwischen dem optischen Apparat und dem zur Aufnahme der Uretherenkatheter bestimmten Raum innerhalb des Instruments, eine Zwischenwand, welche auf der vesikalen Seite den von Albarran angegebenen — übrigens etwas modifizierten — beweglichen Finger zur Dirigierung der Ureterenkatheter, auf der äußersten Seite die kleinen Eintrittsröhrchen für die Ureterenkatheter und das Rad zum Aufrichten des Albarranschen Fingers trägt. Hat man den optischen Apparat und diese Zwischenwand herausgezogen, so bildet das ganze Innere des Instruments einen einzigen großen, ovalen Kanal, in welchem die Uretherenkatheter vollkommen frei beweglich liegen. Man kann nunmehr leicht eine Irrigation oder das Auspumpen kleiner Steinchen oder Steintrümmer bequem vornehmen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Zur Histogenese der Ureteritis und Cystitis cystica, von Arthur Hofmann-Freiburg i. B. (*Wien. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 49.) Von sämtlichen Theorien, welche über die Bildung von Schleimdrüsen im Ureter und in der Blase aufgestellt worden

sind, erscheint dem Verfasser die Starksche am wahrscheinlichsten, welche annimmt, dafs das granulierende, subepitheliale Gewebe sich über Epithelresten zusammenschiebt, woselbst durch Proliferation und Sekretion die bekannten Cysten entstehen. In Anlehnung an die Starkschen Beobachtungen schildert H. einen Fall einer derartigen Erkrankung, dessen Autopsie folgende Verhältnisse ergab: Der rechte Ureter zeigte in seinen zwei oberen Dritteln, vornehmlich an der hinteren Hälfte der Peripherie, zahlreiche über das Niveau vorspringende Kügelchen und Cystchen von eben erkennbarer Gröfse bis zu der einer Erbse. Die Cystchen sind mit einer gelblich durchscheinenden, hellen, zähen Flüssigkeit prall gefüllt und besitzen eine resistente Wandung. Dieselbe ist nicht immer kugelig, sondern zeigt öfter auf der Höhe eine Delle oder ist eingekerbt. Der Durchschnitt solcher Cysten zeigt Kammern, die durch den Einsenkungen entsprechende Septen abgeteilt sind. Die Cystchen sitzen meist breitbasig auf, andere hängen wieder an einem deutlich ausgezogenen Stiele. Einzelne Cysten endlich sind geplatzt und ragen als frei bewegliche Zotte ins Lumen. Von der Einmündungsstelle des rechten Ureters an erstreckt sich die cystische Degeneration auch auf die Blasenschleimhaut und nimmt die rechte Hälfte des Trigonum ein. Der übrige Teil der Blase ist frei. Die Blasenschleimhaut ist gequollen und hämorrhagisch imbibiert. Der linke Ureter ist ohne Besonderheiten. Das histologische Bild wurde in dem vorliegenden Falle von chronisch-entzündlichen Vorgängen beherrscht. Das Epithel des Ureter ist an den meisten Stellen abgehoben, an einigen noch einschichtig aufgelagert und an zuschilfernden Einbuchtungen noch mehrschichtig erhalten. Mucosa und Submucosa sind von granulierendem Bindegewebe mit gleichmäfsig verteilter Rundzelleninfiltration gebildet. Dieses granulierende Gewebe ragt an den vom Epithel entblöfsten Stellen oft wallartig in das Ureterlumen hinein. Die Muscularis ist atrophisch. In der entzündlichen Schleimhaut eingebettet liegen in verschiedener Tiefe Kugeln von Epithelnestern. Durchschnittlich zwanzig Epithelzellen erfüllen die Schnittebene, von welchen die in der Mitte lagernden oft ausgefallen erscheinen, an anderen Stellen stark schleimig degeneriert sind. An mehreren Epithelnestern, welche gerade der Länge nach durchschnitten sind, ist der Zusammenhang mit dem Ureterepithel deutlich nachweisbar; diese repräsentieren hier solide Zapfen. Anderwärts ist ein Lumen nach dem Ureter zu deutlich erkennbar. Dieser Befund bildet wohl ein Vorstadium der Zapfenbildung; diese Zapfen sind die von Bruhnsschen Epithelschläuche, die also im vorliegenden Falle als mit proliferierendem Epithel ausgefüllten Schleimhauteinfaltungen aufzufassen sind. Anlafs für die Faltenbildung gegeben hat wahrscheinlich die Seltenheit der Kontraktionswelle des Harns und die Hypertrophie der Muskulatur, wozu wohl noch die träge, seltene Peristaltik in der stark entzündeten Ureterwand als fördernder Einflufs hinzukommt. Die granulierende Schleimhaut dagegen schiebt sich manchmal wallartig, um zur Verengerung der Mündung solcher Buchten direkte Veranlassung zu geben, sie zu überbrücken und das restierende Epithel einfach vom Ureterenlumen abzuschliefsen. Die Gebilde, welche dem pathologischen Prozefs den Charakter geben, sind die Cysten, welche meist aus verschleimenden, soliden Epithelzapfen hervorgehen und infolge von Proliferation und Degeneration der Elemente zu relativ grofsen Blasen werden können. Was den Inhalt der Cysten anbelangt, so stellt er eine homogene, nach spezifischer Färbung schleimige Masse dar. In einigen Cysten sind konsistente Schollen, welche, nach Kernfragmenten zu schliefsen, auf zusammengesickerte Epithelreste zurückzuführen sind. Man sieht auch manchmal einen allmählichen Übergang von Epithel in die homogenen Schleimmassen, dergestalt, dafs nach der Mitte der Cyste zu zunächst das Protoplasma der degenerierenden Epithelien zusammenfliefst und dann der Kern zerfällt. Ein weiterer Entstehungsmodus der

Cysten ist der, daſs ein Granulationswall eine Epithelbucht überbrückt oder Epithelreste umschlieſst, worauf durch Proliferation und Verschlimmerung Cysten entstehen, die sich von den aus Epithelnestern direkt hervorgegangenen durch nichts unterscheiden. In den meisten Fällen wie auch im vorliegenden bleibt das untere Drittel des Ureters von Cysten frei. Der Grund dafür ist wohl darin zu suchen, daſs dieser Teil der Urethra durch die Kontraktionen des Psoas, der Pulsionen der Iliaca, den variierenden Füllungsgrad der Blase und des Mastdarms in dauernder Bewegung erhalten wird, so daſs seine wechselvolle Lage leichter einen Ausgleich der Falten herbeizuführen imstande ist wie die ruhige Position des oberen Teils. Auch das Herunterfallen von Granulationszotten wird im vertikalen Teil eher möglich sein wie in dem zur Horizontalebene geneigten Teile. So erklärt sich auch das Auftreten der Cysten in der Blase am oberen Teile des Trigonum, weil dieser Teil bei den verschiedenen Füllungszuständen der Blase in seiner leicht abschüssigen Lage verharrt. Daſs endlich in der hinteren Peripherie des Ureters mehr Cysten sind als an der vorderen, mag dadurch seine Erklärung finden, daſs derselbe nicht ganz vertikal nach abwärts verläuft, wodurch sich die Granulationszotten leichter und fester an die hintere Wand anlegen. In der Blase wirken ungestört dieselben Faktoren ein, welche für die Entstehung der Uretritis cystica verantwortlich gemacht werden müssen, so daſs ein prinzipieller Unterschied in den cystischen Erkrankungen der Blase und des Ureters nicht vorliegt. Für das Zustandekommen dieser Erkrankungen wird Stagnation des Harns und das Aufwandern von Bakterieu verantwortlich zu machen sein. *Putzler-Dansig.*

Ein Fall von Carcinom des Ureters, augenscheinlich verursacht durch einen im juxtavesikalen Abschnitt gelegenen Stein, von William F. Metcalf und Homer E. Safford-Detroit. (*Amer. Journ. of Med. Sciences.* Jan. 1905.) Der Patient hatte von Kindheit auf in gröſseren Intervallen Anfälle von heftigen Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes gehabt, die regelmäſsig plötzlich unter reichlicher Ausscheidung von eiterigem Urin aufhörten. Im 47. Lebensjahre wurde ein Anfall von schwerer Nierenkolik, der Steinbildungen vermuten lieſs, der Anlaſs zu operativem Eingreifen. Es fand sich hochgradige Pyonephrosis, der Ureter in seinem ganzen Verlauf verdickt, seine Wand vor dem Übergange in die Blase eingenommen von einer Geschwulstmasse, die einen Oxalatstein umschloſs. Die mikroskopische Untersuchung ergab papillomatöse Hypertrophie in den oberen Abschnitten des Ureters, Adenombildung in den tieferen Teilen und in der unmittelbaren Umgebung des Steines ein Adenocarcinom von medullärem Charakter. Zwischen der malignen Neubildung und der lange bestehenden Reizung durch den Stein bestand offenbar ein ätiologischer Zusammenhang, und die papillären Veränderungen und das Adenom sind wohl als Fernwirkungen desselben Reizes aufzufassen. — Die Neubildung machte rasche Fortschritte und führte den baldigen Tod des Patienten herbei. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Neubildung elastischen Gewebes bei chronischen interstitiellen Entzündungen der Nieren, von A. Silberstein. (Inaug.-Dissert. Berlin 1903.) Bei chronisch interstitieller Nephritis findet zweifellos Neubildung elastischen Gewebes statt. Das neugebildete elastische Gewebe tritt in den äuſsersten Schichten verödeter Glomeruli auf und entstammt vielleicht dem Vas afferens oder efferens. Auch zwischen den Harnkanälchen entwickelt sich neues elastisches Gewebe, welches nicht nur in dem definitiven Bindegewebe auftritt, sondern auch bereits im Granulationsstadium nachweisbar wird. Dieses neugebildete elastische Gewebe geht an vielen Stellen von dem präexistierenden elastischen Gewebe der Gefäſse aus. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, daſs auch eine Neubildung direkt aus Bindegewebe an einzelnen Stellen erfolgt ist. *Fritz Loeb-München.*

Nierenblutung unaufgeklärten Ursprungs, Aufhören der Blutung nach Nephrotomie, von Benjam. R. Schenck-Detroit, Mich. (*Med. News.* 24. Dez. 1904.) Der Fall, welchen Schenck beobachtete, betraf eine 46jährige Frau, die seit etwa fünf Monaten an Harnbluten und ständigen Kreuzschmerzen litt. Die cystoskopische Untersuchung der Blase wie Nieren, ebenso die genaueste Urinuntersuchung, konnte keinerlei krankhaften Zustand nachweisen. Es wurde nun, nachdem stets grofse Mengen Bluts mit dem Urin abgingen und Patientin sehr geschwächt ward, die linke Niere, woher die Blutung kam, bloßgelegt, aber weder am Becken noch Parenchym die geringste Abnormität gefunden; ein Stückchen der Rinde wurde zur mikroskopischen Untersuchung, die späterhin ebenfalls negativ ausfiel, entfernt. Die Niere wurde wieder vernäht und an Ort und Stelle mit Jodoformgaze befestigt. Als Folge der Operation ward der Blutgehalt im Urin immer geringer, bis er schliefslich (nach zirka vier Wochen) völlig verschwunden war und blieb. Von den 19 ähnlichen, aus der Literatur gesammelten Fällen, läfst Sch. nur zwei als „wirklich unaufgeklärt in der Ursache der Nierenblutung", einen von Schede und einen von Klemperer, gelten; was die übrigen betreffe, so sei bei einem Teile wohl die Nephrotomie vorgenommen, aber unterlassen worden, Stückchen der Niere zur mikroskopischen Untersuchung zu entfernen, bei einem anderen Teile sei dies geschehen, jedoch seien wirklich Herde von interstitieller Nephritis gefunden worden. Übereinstimmend mit Israel und Rovsing möchte Verfasser daher für seinen wie die genannten zwei Fälle eher annehmen, dafs eben die Ursache nicht gefunden wurde, als dafs eine Blutung aus einer anatomisch gesunden Niere statthaben könne, wie die zwei Theorien von Klemperer — Lähmung der Vasokonstriktoren — und Senator — lokale Haemophilie — annehmen. *Stern-München.*

Über Aplasie der Genitalien, von Erich Erb. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1903.) Eine Reihe vom Verfasser mitgeteilter Fälle betreffen: 1. Entwicklungsfehler der Scheide. 2. Unvollkommene Verschmelzung der Müllerschen Gänge. 3. Mangel oder rudimentäre Entwicklung der Genitalien. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Adenocystoma papilliferum vulvae und ein Fall von Flimmerepithelcyste des Sulcus interlabialis vulvae, ein Beitrag zur Genese der Vulvacysten aus embryonaler Verlagerung von Entodermepithel, von Ludwig Meyer. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Die Ergebnisse der Ausführungen des Verfassers lassen sich folgendermafsen zusammenfassen: Es gibt eine Kategorie von Vulvacysten, welche auf der Basis entodermaler Epithelverlagerung entstehen. Die Verlagerung entodermalen Epithels aus dem Sinus urogenitalis ist an der Hand der entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen leicht verständlich, wird aber auch durch tatsächliche Befunde an älteren Föten, Neugeborenen und Erwachsenen direkt demonstriert. Der von A. Bluhm aufgestellte Typus des polypösen Schleimdrüsencystoms des Labium minus ist nur eine spezielle Art der Vulvacysten auf der Basis entodermaler Epithelheterotopie. Cysten der nämlichen Beschaffenheit werden über den Bereich des Labium minus hinaus auch in den peripherischen Gebieten der Vulva gefunden. Die Vulvacysten auf der Basis entodermaler Epithelheterotopie kommen einfach und multipel sowohl in Form einfacher Retensionscysten, wie proliferierender Adenocystome vor, sowohl als Cystis papillifera wie als papilläres Adenocystom. In einer Anzahl der Fälle handelt es sich um Flimmerepithelcysten. Dadurch stehen diese Bildungen in Kongruenz mit sonstigen Flimmerepithel führenden Tumoren. Der Befund von Flimmerepithel weist auf eine sehr frühzeitig erfolgende Verlagerung. Wie eine excedierende Verbreitung von entodermalem Epithel des Sinus urogenitalis in das angrenzende Ektodermepithel hinein, kann auch umgekehrt ein Übergriff des Ektodermepithels in das Sinusgebiet erfolgen; damit ist die Grundlage für die echten

Talgdrüsencysten des Hymens, neben der „Bride masculine“ usw. gegeben. Die Vulvacysten auf der Basis entodermaler Epithelheterotopie erlangen unter Umständen klinische Bedeutung, sei es durch die Größe, sei es durch eine für die Operation ungünstige Entwicklung gegen den tiefen venösen Plexus der Vulva, die Corpora cavernosa clitoridis oder den Bulbus vestibuli hin. *Fritz Loeb-München.*

Über Elephantiasis vulvae, von Friedrich Paul Schmidt. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902) *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung der Katarrhe der weiblichen Genitalorgane, von A. Dührssen-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 48.) Akuten blennorrhoischen Scheidenkatarrh sieht der Frauenarzt am häufigsten bei jungverheirateten Frauen, „oft genug von Männern infiziert, bei denen der Urologe vor der Heirat keine blennorrhoischen Residuen mehr gefunden hatte“ (? Ref.), sowie bei Kindern in Form der Vulvovaginitis. Frauen behandelt Verfasser durch Einlegen von in 3—5 %ige wässerige Ichtharganlösung getränkten Wattetampons oder Gazestreifen, die täglich erneuert werden, und durch Ausspritzen der Urethra mit der gleichen Lösung; bei Kindern wird die Vagina ausgespritzt. Die mehr chronischen Formen der Colpitis werden in gleicher Weise behandelt, außerdem mit täglichen Ausspülungen, abwechselnd einen Tag 1 %ige Lysoformlösung und den nächsten ½ %ige Chlorzinklösung. Bei akutem blennorrhoischen Uteruskatarrh wird der Ablauf der akuten Erscheinungen abgewartet (Bettruhe, Entleerung des Darmes, Eisblase), der restierende Cervixkatarrh wird durch zweimal wöchentliches Einführen von 25 % Karbolalkohol mittels Playfairscher Sonde bekämpft; bei sehr hartnäckigem Katarrh wählt Verfasser 10—50 % Chlorzinklösung zur Ätzung. Über die Erfolge und die Dauer der Behandlung sagt Verfasser nichts. *A. Loewald-Kolmar.*

Verschiedenes.

Ärztliche Unvorsichtigkeit, von Neuhaus-München. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 13.) Verfasser mahnt daran, bei Veröffentlichungen in der medizinischen Fachpresse etwa mitgeteilten Krankengeschichten alles überflüssige, indiskrete Beiwerk fortzulassen. Anlaß zu der Mahnung gab ein Artikel, in dem Krankengeschichten von Luetischen unter Angabe der Anfangsbuchstaben der Vor- und Zunamen, des Ortes, Alters, Berufs, der Zeit der Infektion mitgeteilt waren. Solche Unvorsichtigkeiten können böse Folgen haben. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein neues Verfahren der Blutstillung, von Benno Müller-Hamburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 6.) Verfasser empfiehlt Suprarenin- und Adrenalingaze als Tampons bei Blutungen; nebenbei sind dieselben steril. Die Erfolge sprechen für die Brauchbarkeit der Präparate. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 4. 15. August 1905.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Die sogenannte Blastomykose der Haut.

Von

Dr. Friedrich Krause,
Assistenzarzt der Anstalt.

Mit einer Abbildung im Text.

Einleitung.

Im August 1903 fand folgender Fall in der Klinik des Herrn Dr. Unna Aufnahme:

Frau S., 59 Jahre alt. Weder Lues noch Tuberkulose liefs sich bei der Patientin durch objektive Symptome oder anamnestisch nachweisen. Patientin gab an, seit einiger Zeit sehr nervös zu sein, viel an Schlaflosigkeit zu leiden und dagegen Brom einzunehmen.

Den Beginn ihrer Hautaffektion datiert sie auf Ende Mai. Es entstand zunächst am Unterschenkel ein rötlicher Fleck, auf dem sich im Verlauf des Juni eine zentrale graue Erhebung ausbildete. Trotz ärztlicher Behandlung, die nun einsetzte, entwickelten sich weiterhin neue rote Flecke und kleine Eiterbläschen. Patientin mufste infolgedessen am 13. August die Klinik des Herrn Dr. Unna aufsuchen, wo folgender Status der Hautaffektion festgestellt wurde:

An der Streckseite des rechten Unterschenkels bemerkt man mehrere haselnufs- bis flachhandgrofse flache Erkrankungsherde von unregelmäfsiger Begrenzung. Vielfach haben die Effloreszenzen ein warziges Aussehen und erinnern sofort an die verruköse Form des Lupus. Hier treten dann höckerige Erhebungen bis zu etwa 1/4 cm über die umgebende Haut auf, die zu ihrer Umgebung ziemlich unvermittelt abfallen. Das Zentrum und die übrigen Partien der Ränder sind flach und zum Teil mit einer feinen Kruste, zum Teil mit ziemlich starken weifsgrauen Hornlamellen überdeckt, namentlich am Rande. An vielen Stellen bemerkt man kleine Einschmelzungsherde im Epithel, aus denen sich eine sehr geringe Menge serös eitrigen Inhalts entleeren läfst.

Die Umgebung der Effloreszenzen zeigt im Umkreis von $^1/_2$ bis 3 cm eine livide, rötliche Verfärbung. Am linken Unterschenkel befindet sich eine ebensolche, etwa taubeneigroſse Efloreszenz von mehr flachem Charakter.

Die beifolgende Abbildung gibt über die Affektion eine bessere Orientierung, als sie eine selbst detaillierte Beschreibung zu liefern imstande wäre, und ist bestimmt, die vorstehenden kurzen Andeutungen wirkungsvoll zu ergänzen.

Die Therapie des Leidens bestand in flacher Abtragung der Stellen mit dem Rasiermesser und Nachbehandlung mit Quecksilberpflaster. Patientin, die gebessert entlassen war, suchte nach einiger Zeit die Klinik noch einmal auf, wo ihr der Rest der Affektion abgetragen und unter Nachbehandlung mit der starken H_2O_2-Lösung Merck definitive Heilung erzielt wurde.

Das geschilderte Krankheitsbild entspricht einer Affektion, die bis jetzt im wesentlichen nur von einer Reihe amerikanischer Autoren untersucht, charakteristisch beschrieben und in seiner Ätiologie auf die Wucherung von Hefepilzen zurückgeführt wurde. Es bewog dies Herrn Dr. Unna, auch im vorliegenden Falle die Diagnose einer Hautblastomykose zu stellen. Somit war es zunächst geboten, aus den erkrankten Gebieten die Erreger der Affektion herauszuzüchten.

Für die Kultur wurde von den möglichst aseptisch abgetragenen Stellen von der Oberfläche und Unterfläche Material entnommen und in gewöhnlichem Agar, Traubenzuckeragar, Traubenzuckerbouillon, alkalisch und sauer verteilt, im Kochschen Plattenguſs, durch Aufstreichen und in Suspension.

Allein in keinem der wiederholt angesetzten Versuche gelang es, weder bei Zimmer- noch bei Bruttemperatur, eine Hefeart darzustellen; nur eine bestimmte Art gelb gefärbter Staphylokokken lieſs sich immer wieder aus dem exzidierten Material herauszüchten.

Auch das mikroskopische Bild zeigt als Ausdruck des warzigen Charakters der Affektion einzelne papilläre Erhebungen über der Oberfläche und die umgebende Haut. Die Hornschicht erweist sich stellenweise sehr

verdickt, sonst ist sie über der Affektion normal. Stellenweise sieht man tief einschneidende Follikel, die mit verhornten Epithelmassen erfüllt sind. In sie sind reichlich, zu grofsen, traubenartigen Konglomeraten zusammen geordnet, die bereits erwähnten Staphylokokken eingebettet. Auch die Körnerschicht ist an einzelnen Stellen nicht unerheblich verbreitert. Über der ganzen Ausdehnung der Affektion zeigt die Stachelschicht eine Schwellung und Wucherung ihrer Elemente. Am Rande des Herdes sieht man die Epithelleisten unter dem Durchschnittsbilde keulenförmig geschwollener Zapfen in die Tiefe vorgetrieben. Diese Auftreibungen der Leisten sind nach dem Zentrum zu umfangreicher. Hier ist die Stachelschicht auch reichlich durchsetzt von mehr oder weniger ausgedehnten Erweichungsherden. Teils sind diese nur klein und nehmen einen beschränkten Raum in den Zapfen ein, teils sind sie relativ grofs, dehnen sich über eine beträchtliche Zahl von Leisten aus und werden nur noch durch einen ganz schmalen Saum flachgedrückter Epithelzellen von der unterliegenden Cutis abgegrenzt. Teils sind sie hermetisch abgeschlossen in den Zapfen; die gröfseren kommunizieren mit der Oberfläche. Es übt dies naturgemäfs auch einen Einfluſs auf den Inhalt der Herde aus, so zwar, daſs wir im Innern der der Aufsenwelt offenstehenden auch die Kokkenhaufen antreffen, welche wir bereits in den Hornmassen der Follikel kennen gelernt haben. In der Hauptsache besteht der Inhalt der Erweichungsherde in polynukleären Leukocyten, abgestofsenen, gequollenen Epithelien und Detritus. Aufser diesem wurde aber noch ein durchaus seltsamer Befund erhoben. Die Herde waren nämlich nach allen Richtungen hin durchzogen von wellenartig und schlingenförmig gekrümmten fädigen Elementen, zum Teil dünn, zum Teil in mannigfaltigster Weise gequollen und verdickt, hier und da in Segmenten wurstartig aufgebläht, an anderen Stellen mit dicken, rosenkranzförmigen Auftreibungen versehen, zum Teil machten die Gebilde den Eindruck von Fäden, die mit nadelartigen Kristallen besetzt sind, zum Teil scharf begrenzt, zum Teil schattiert in die Umgebung übergehend. Die Fäden färbten sich exquisit mit basischen Anilinfarbstoffen, vor allen Dingen bei Anwendung von Tanninbeize. Es war naheliegend, bei diesem histologischen Befund an die Gegenwart pflanzlicher Mikrophyten, etwa aus dem Reich der Fadenpilze, zu denken, zumal von einer Reihe amerikanischer Autoren aus den Herden der GILCHRISTschen Krankheit Oidien und schimmelpilzartige Organismen gezüchtet wurden. Abgesehen von den absolut negativ verlaufenen Kulturversuchen, die nur die Gegenwart der bereits erwähnten Kokken ergaben, führten genauere histologische Untersuchungen (UNNA)[1] dazu, die sonderbaren fädigen

[1] UNNA, Über den Einschluſs von Elastin und Elacin in das Epithel und einen Elacinbefund bei der GILCHRISTschen Krankheit. *Diese Zeitschrift*, Bd. 41.

Elemente als Elacin, das basophile Degenerationsprodukt der elastischen Fasern, zu diagnostizieren. Gelang es doch nicht nur, in einer Reihe von ihnen noch eine Strecke weit einen zarten axialen Faden von Elastin darzustellen, sondern es liefsen sich die elastischen Fasern vermittels des angesäuerten Orceins noch weit hinein in das Epithel verfolgen, dessen unterer Abschnitt, entsprechend den in die Tiefe versenkten Leistenfortsätzen, von ihnen allenthalben durchzogen ist.

Im bindegewebigen Abschnitt der Haut wies das Elastin im wesentlichen keine Abweichung von der Norm auf; auch ist es in den Herden entzündlicher Wucherung und Zellproliferation ziemlich unverändert erhalten.

Das Kollagen liefs keine Veränderungen erkennen.

Unter dem ganzen Herd zeigte sich, vor allem dem Verlauf der kleineren Gefäfse folgend, die zum Teil erweitert waren, eine nicht unbeträchtliche Vermehrung der zelligen Elemente der Cutis. Diese waren zum grofsen Teil hypertrophisch, wirkliche Plasmazellen waren nur wenige und dazu zumeist in etwas atrophiertem Zustande anzutreffen.

Die folgende Arbeit beabsichtigt, an ihrem Teile zur Klärung der Frage der Hautblastomykose ein weniges beizutragen.

Hierfür dürfte es sich zunächst empfehlen, zwecks einer allgemeinen Übersicht die Hauptfälle der Literatur, soweit sie mir zugängig sind, in ihren wichtigsten Daten zu skizzieren.

I.

Seltsamerweise beginnen die Autoren die Reihe ihrer Beispiele mit einem Fall von WERNICKE, der weder in klinischer Beziehung dem entspricht, was heutzutage als typisch für Hautblastomykose angesehen wird, noch bei dem der Autor selbst behauptet, bei seinen histologischen Untersuchungen Hefe im Gewebe gefunden zu haben. Eine Erklärung darüber, wie dieser Fall von WERNICKE überhaupt in die Reihe der Fälle von Hautblastomykose gelangt ist, dürften die dann folgenden beiden ersten Fälle von GILCHRIST geben.

Auch im weiteren Verlauf stofsen wir auf eine Reihe von Fällen, die von früheren namhaften Autoren geführt, der Vollständigkeit wegen vorgebracht werden sollen, die aber, weil weder ihr klinisches Bild noch der mikroskopische Befund Anhaltspunkte für unser Thema gewähren, besser aus der Zahl der für die Charakterisierung der Hautblastomykose in Betracht kommenden Fälle gestrichen werden.

1. WERNICKE[2] (POSADA) entdeckt bei einem Soldaten, der seit vier Jahren an einzelnen erhabenen Flecken der Haut, stellenweisen höckerigen,

[2] *C. f. Bact.* XII. 92. Dieser Fall erscheint identisch mit dem von POSADA als infektiöse generalisierte Psorospermosis geschilderten Fall (*Revue de chir.* XXI. März 1900. — BUSCHKE, Fall 19).

bis erbsengroſsen Wucherungen erkrankt war, die man allgemein als Mykosis fungoides deutete, in den kleinen, durch Rundzellen gebildeten Tumoren des Coriums Riesenzellen und in ihnen bis zu zehn runde Körperchen, die aufsen eine hyaline Hülle, innen eine kernlose granulöse Masse erkennen lieſsen, von 3—30 μ Durchmesser. In einzelnen Cysten der Art fanden sich eine Reihe von Tochtercysten. W. hält die Gebilde, die auch in Lymphdrüsen und aufserhalb von Riesenzellen angetroffen wurden, für Parasiten, und zwar Coccidien, und erblickt in ihnen das ursächliche Moment der Zellwucherung und Tumorbildung.

Nach WERNICKE veröffentlichte, wie schon angedeutet, GILCHRIST eine Reihe von vier Fällen, die besonders wegen der Schwankungen in der Auffassung der Ätiologie der Affektion und deren späteren Fixierung von groſsem historischen Interesse sind.

2. GILCHRIST und RICKETTS I[3]. Der 40jährige Patient war vor etwa zehn Jahren, als er noch auf den Azoren lebte, erkrankt. Die Hautaffektion bot das Bild einer sehr ausgedehnten Tuberculosis verrucosa cutis. In den Geweben fand man „Protozoen“ ähnlich denen in WERNICKES Fall und ebenso zahlreich. Durch therapeutische Maſsnahmen, Excochleation, Ätzung usw. konnte die Affektion zwei Jahre lang lokal gehalten werden. Dann trat infolge „allgemeiner Protozoeninfektion“ der Exitus ein.

Die Körperchen wurden gefunden in Lungen, Hoden, Nebenhoden, Milz, Nebenniere, Oberfläche der Leber, Peritoneum, Pleura. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden. Ein Hund und ein Kaninchen wiesen, geimpft, Veränderungen in den Organen und eine Vermehrung der Parasiten auf.

3. GILCHRIST und RICKETTS II[4]. Bei dem 33jährigen, von den Azoren stammenden Patienten bot die Hautaffektion das gleiche Bild wie beim vorhergehenden; der Verlauf war akut, nach vier Monaten Exitus. Untersucht wurden Haut und Lymphdrüsen. In ihnen waren die „Protozoen“ reichlich vorhanden, „Sporulationsformen“ viel zahlreicher. Die erwachsenen Protozoen waren leicht zu erkennen als runde Körper von 30—60 μ mit dicker Kapsel, granulösem, protoplasmatischem Inhalt, ohne Kern, manchmal mit einer Vakuole. Die Fortpflanzung erfolgte durch Sporulation. Der Zyklus der Entwicklung wurde in diesen beiden ersten Fällen von GILCHRIST nachgewiesen.

In diesen beiden ersten Fällen von GILCHRIST bot die Hauterkrankung, worauf auch von den späteren Beobachtern der Hautblastomykose stets groſses Gewicht gelegt wird, das Bild der verrukösen Tuberkulose. Allein in der Auffassung der Ätiologie stand GILCHRIST damals noch unter

---

[3] [4] DUHRING, *Cutaneous medicine.*

dem Einfluſs WERNICKES. Einen Umschwung brachte erst sein dritter Fall bei ihm zustande.

4. GILCHRIST III[5], aus DUHRINGs Klinik, wurde klinisch für Scrophuloderma gehalten. Die Läsion hatte ihren Sitz am Rücken der Hand. Nur ein einziger protozoenähnlicher Körper wurde gefunden, den auch DUHRING beobachtete. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Wucherung der Stachelschicht, in ihr miliare Abscesse und die besonderen Körperchen, die aber viel kleiner waren als in den vorhergehenden Fällen (10—15 μ im Durchmesser) und sich nicht durch Sporulation, sondern durch Sprossung vermehrten. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden

Mit diesem dritten Falle von GILCHRIST trat eine Wendung in der Geschichte der Krankheit ein, insofern als GILCHRIST, infolge des abweichenden histologischen Befundes, sich mit auf die Autorität von WELSH stützend; definitiv die Annahme einer Protozoennatur der Erreger aufgab. In klinischer Beziehung ist dieser Fall als der erste ganz typische anzusehen, insofern die Krankheit, die den Eindruck einer warzigen Hauttuberkulose machte, nicht tödlich verlief.

Diesem immer mehr fixierten Krankheitsbild entspricht auch der vierte, unten folgende Fall von GILCHRIST.

5. Fall BUSCHKE.[6] 1894. Die 31jährige schmächtige Patientin hatte bereits im August 1893 im Nacken an der Haargrenze kleine Geschwüre, welche zuheilten. Oktober 1893 stellte sich dann Schwellung des linken Unterschenkels und Schmerzhaftigkeit der Tibia ein, die einen operativen Eingriff (Excochleation) erforderlich machte. Dann Kräfteverfall, Exitus November 1894. Die Hautaffektion zeigte folgendes Bild: 1893. Oberhalb der Nasenwurzel befand sich ein etwa linsengroſses, rundliches Geschwür von scharfem, gezacktem Rand, der etwas wallartig erhaben, wenig infiltriert ist. Der Rand ist ein wenig unterminiert, die Umgebung leicht livide verfärbt. Das Geschwür ist flach, der Grund mit zähem, rötlichgrauem Sekret bedeckt und granuliert; Palpation mit der Sonde sehr schmerzhaft. Im Nacken an der Haargrenze befinden sich vier bis fünf kleine Pustelchen, die das gleiche Sekret entleeren. Es besteht starke Anämie von Haut und Schleimhäuten. Der weitere Verlauf ist ein langsam perniziöser.

Im Oktober 1894 zeigte Patientin auch auf der rechten Augenbraue und Wange je ein fünfpfennigstückgroſses Geschwür. Beide waren unterminiert, breit, offen und sonderten ein grauschleimiges, teilweise eiterähnliches Sekret ab. Beide Ulcera hatten scharf ausgezackte, unterminierte,

---

[5] DUHRING, *Cutaneous medicine.*

[6] BUSCHKE, Die Blastomykose. *Bibliotheca medica.* X. Monographie mit umfassender Literaturangabe.

etwas wallartige Ränder; das Wangengeschwür zeigte kraterförmigen Habitus. Vom Augenbrauenulcus führte eine feine fistulose Öffnung bis auf den Knochen. Die Sondenuntersuchung ergab, dafs die Haut der Umgebung 1—2 cm unterminiert war.

Auch die Tibia war geschwürig zerfallen; sie zeigte zackige, unterminierte Ränder, das charakteristische zähe Sekret, krümelig und von grauroter Farbe. In den Geschwüren fand sich ebenso wie in dem Tibiaherd in enormer Masse Hefe, die gezüchtet wurde. Acht Wochen vor dem Tode konnte auch aus dem Blut Hefe kultiviert werden.

Histopathologie: In den eben eröffneten Geschwüren sind die Hefeorganismen in ungeheurer Zahl und rein anzutreffen, zum Teil in Riesenzellen gelagert; später treten auch Kokken auf. Aufserdem finden sich Epithelzellen, Leukocyten und Riesenzellen. Auf den Schnitten unterscheidet Buschke drei Zonen: 1. Zentrale nekrotische Zone; sie besteht im wesentlichen aus Hefe. 2. Mittlere Zone des Übergangs. In ihr nehmen die Parasiten immer mehr ab nach der Peripherie zu. Die elastischen Fasern sind auch hier mehr oder weniger zerstört. 3. Periphere Zone der Grenze zur gesunden Haut, zeigt proliferative Vorgänge. Die Parasiten fehlen in ihr gänzlich.

Dieser Fall, bei dem es unschwer gelang, dank dem in grofsen Mengen vorhandenen Ausgangsmaterial eine Hefeart zu züchten, stellt somit gleichzeitig den ersten Fall dar, bei dem völlig einwandsfrei der Nachweis der Hefe erbracht ist. Und dieser infolgedessen als echte Hefeerkrankung anzusehende Fall ist weder in seinen klinischen Symptomen noch in seinem histologischen Befunde mit dem von Gilchrist beschriebenen Typus in Einklang zu bringen. Es liegt daher aufserordentlich nahe, ihn als eine völlig für sich bestehende Erkrankung der Haut aufzufassen.

6. Gilchrist IV[7]. Die Erkrankung dauerte vier Jahre und verlief unter dem Bilde des Lupus, sie erstreckte sich über das linke Ohr, Wange, Handrücken, Scrotum, breitete sich peripher aus, während sie zentral unter Narbenbildung abheilte. Der mikroskopische Befund ergab miliare Abscesse im Epithel und Cutis, Riesenzellen und Sprofspilze. Gezüchtet wurde ein Oidium, welches beim Hund, intravenös injiziert, Abscesse erzeugte.

7. Curtis[8] sah bei einem 20jährigen Patienten Tumoren in der Haut des Halses, Rumpfes und der Extremitäten, zum Teil ulceriert, andere erweicht. Ein exzidierter Tumor bestand zum gröfsten Teil aus Hefen, wenig Gewebselementen. Patient starb nach 1¼ Jahr. Die Hefe wurde kultiviert und erzeugte im Tierexperiment wieder ulcerierende Haut-

[7] Duhring, *Cutaneous medicine.*

[8] Busse.

tumoren sowie innere Metastasen, die zum gröfsten Teil aus Hefepilzen bestanden.

Es handelt sich hier wahrscheinlich um einen Fall von Hefeerkrankung, aber um ein Bild, welches völlig von dem der GILCHRISTschen Fälle abweicht. Vergl. das oben bei dem Fall BUSSE-BUSCHKE Gesagte.

8. GIDEON WELSH[9] behandelte einen 40jährigen Patienten aus Jowa, dessen Hauterkrankung vor elf Jahren begonnen hatte mit einem kleinen Knoten am kleinen Finger der linken Hand. Sie breitete sich unter dem Bilde der Hauttuberkulose über den Rücken der Hand aus, heilte hier und da spontan unter Narbenbildung ab und wurde durch Excochleation und Plastik definitiv geheilt. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen Entzündungsprozefs in Papillarkörper und Cutis. Hier sowie in der Stachelschicht fand man miliare Abscesse, und innerhalb von Riesenzellen sowie aufserhalb „Parasiten", welche sich wohl mit Methylenblau und Hämatoxylin, nicht aber nach GRAM oder GABBET darstellen liefsen. Kultur- und Impfversuche verliefen erfolglos. Dieser Fall schliefst sich an die GILCHRISTschen an.

9. HESSLER[10]. Bei einem jungen Mann entwickelte sich infolge einer kleinen Abschilferung, die er unter der Hand eines Barbiers erlitt, schnell eine weizenkorngrofse, feste, erhabene, leicht bewegliche Papel. Sie bekam in drei Monaten einen breiten erhabenen Rand und zerfiel, als sie mittlerweile bis zur Gröfse einer Erbse gediehen war, infolge einer zufälligen Entzündung eitrig. Im Sekret fanden sich „Parasiten". Die bakteriologische Untersuchung ergab, dafs die Organismen erheblich kleiner als die von GILCHRIST gefundenen waren. WELSH hielt die Organismen für Blastomyceten.

Klinisch ist der Fall durchaus nicht vom Typus der GILCHRIST-Fälle.

Bezüglich der Ätiologie siehe später.

10. HYDE, HECTOEN, BEVAN[11]. Bei einem 57 Jahre alten, aus Holland gebürtigen, verheirateten, mit Tuberkulose hereditär belasteten Tagarbeiter begann die Erkrankung vor fünf Jahren mit einem rötlichen Fleck von 1 cm Durchmesser am rechten Bein etwas unterhalb des Knies. Er breitete sich aus, bis er die Vorderfläche des Gliedes bedeckte und sich nun in eine schmerzhafte hämorrhagische Wunde umwandelte, die etwas einer Geschwürsfläche glich. Infolge dieser allmählichen Ausdehnung der Affektion war die ganze Oberfläche des Geschwürs zeitweilig in eine leicht empfindliche gerötete, weiche, häufig blutende Oberfläche verwandelt, die aber nicht juckte. Unter Behandlung kam es zu einer Heilung der

---

[9] BUSCHKE, l. c.

[10] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1899. S. 137.

[11] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1899. S. 128.

ganzen Affektion mit Ausnahme eines erbsengroſsen Fleckes an der Innenseite zwischen Knie und Enkel.

Vor einem bis zwei Jahren entwickelte sich die Krankheit auf dem linken Daumen in ähnlicher Weise, breitete sich auch aus von dieser ersten Stelle und erzeugte einen roten Fleck von scharfer Begrenzung mit einem blauroten Hof und entschieden verrukösem Aussehen. Die Efflorescenz bedeckte die Rückenfläche des linken Daumens sowie der linken Hand bis etwas über das Handgelenk und sonderte ein feuchtes klebriges Exsudat ab. Die Empfindung bestand in Brennen und stechenden Schmerzen, die nach dem Ellenbogen und Schulter ausstrahlten. Die Finger kamen teilweise in Flexionsstellung, der kleine Finger blieb dauernd halb gebeugt.

Die ganze Oberfläche war bedeckt mit einem dünnen seidenpapierähnlichen Ersatz der normalen Oberhaut, von dunkel bläulichroter Farbe.

Die Gesamtheit des Flecks zeigte eine Infiltration von verrukösem Charakter und Entwicklung feiner stecknadelkopfgroſser Papillen, die auſsen mit einer gelatineähnlichen Sekretion bedeckt waren. Narben fehlten völlig.

Die Diagnose schwankte nur zwischen Tuberkulose und Blastomykose. Zur Untersuchung wurde etwas Material exzidiert. Unter groſsen Jodkaliumdosen heilte der Prozeſs am Bein ab, die Stelle an der Hand besserte sich.

Hektoen und Davies wiesen Parasiten vom Typus der Gilchristschen in den Schnitten nach und züchteten sie in Reinkulturen; doppelt konturierte kugelige Körper von 10—20 μ Durchmesser, im Innern ein granulöses Protoplasma mit und ohne Kern. Die Vermehrung erfolgte durch Sprossung und zeigte sich so verschieden von der der Sporozoen. Die Oberhaut enthielt miliare Abscesse; es fanden sich Riesenzellen. Die Impfung auf den Tierkörper war erfolgreich.

Unter groſsen Dosen Jodkalium innerlich, Wismutpulver äuſserlich heilte die Affektion ab, so daſs Patient fast wiederhergestellt aus der Behandlung ausschied.

Die Haut war mit unvollkommener Hornschicht bedeckt, zum Teil von Leukocyten durchsetzt. Stellenweise Abscesse, darin die Parasiten; in einigen Riesenzellen. Die tieferen Lagen des Epithels sind hypertrophiert und zeigen verästelte Ausläufer der interpapillären Fortsätze. Das Bild erinnert an Carcinom.

Die Mikroorganismen sind weniger zahlreich, liegen nur in Abscessen, nicht mehr in Zellen, sind rund oder oval, das Protoplasma von einer Kapsel umschlossen; einige zeigen Sproſsformen. In Ausstrichpräparaten, Schnitten und durch Züchtung wurden nachgewiesen Pseudodiphtheriebazillen und eine Hefe, welche aber auch Mycel und Conidien zeigte.

Tieren erzeugte sie, subcutan einverleibt, lokale Abscesse und gleichartige Metastasen.

In diesem Falle treten alle für den GILCHRISTschen Typus charakteristischen Momente deutlich hervor.

11. MURPHY und COATES[12]. Bei der 64jährigen verheirateten Patientin begann das Leiden vor vier Monaten mit einer kleinen Papel auf der hinteren Fläche des unteren Drittels des rechten Beines, drei bis vier Tage später eine zweite Papel. Beide konfluierten zu einer Masse. Die Schwellung begann eine blutige Flüssigkeit abzusondern, die Affektion wurde dann trocken. In einigen Wochen bildete sich eine Ulceration heraus, die abheilte und wieder erschien, während die Schwellung langsam wuchs. Die Untersuchung ergab eine runde erhabene, blumenkohlähnliche Masse, so groſs wie ein Penny, von unregelmäſsiger ulcerierter Oberfläche. Die Geschwulst, die man für ein Carcinom hielt, wurde nach Circumcision im Gesunden mit der Fascie entfernt. Die Affektion erhob sich schroff über die umgebende Haut. Die Oberfläche zeigte groſse und kleine Elevationen und Depressionen; tiefe Furchen bringen das Blumenkohlansehen hervor. Die Farbe ist gelblich; verschiedene rötliche Stellen entsprechen oberflächlichen Erosionen.

Mikroskopisch zeigte sich die Epidermis verdickt, in ihr kraterförmige Vertiefungen, deren Ränder von unregelmäſsigen Epithelzellen gebildet werden. Die Erhebungen kommen durch Hyperplasien des Epithels zustande, deren Zentren verhornt sind. Zwischen den Epithelmassen und Bändern sitzt eine starke zellige und leukocytäre Infiltration des Bindegewebes. An einzelnen Stellen miliare Abscesse, in einigen Fällen mit ein oder zwei typischen Blastomyceten, im Durchschnitt 12 μ im Durchmesser; Knospenformen sind zu erkennen, einige enthalten Vakuolen; isolierte Organismen befinden sich auch auſserhalb der Abscesse; gelegentlich trifft man Riesenzellen zum Teil mit Organismen.

Die blumenkohlartigen Massen geben dem Fall zwar besonderes Gepräge, doch entspricht er im übrigen klinisch und histologisch dem GILCHRIST-Typus.

12. ANTHONY und HERZOG[13]. Im Anschluſs an einen Erysipelabscefs bilden sich am linken Bein eines 44jährigen Mannes kleine Ulcerationen mit blumenkohlartigen Wucherungen. Die Effloreszenzen waren teils scharf begrenzt, teils nicht, teils nässend, teils trocken.

Histologie: starke Epithelwucherung, miliare Abscesse mit Riesenzellen, entzündliche Infiltration. Deutliche Hefen, doppelt konturiert 15—20 μ groſs. Keine Kultur.

---

[12] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1899. S. 137.

[13] Nach BUSCHKE.

So kurz der Fall referiert ist, so scheint er doch den GILCHRIST-Fällen angereiht werden zu müssen.

13. COATES[14]. 38jähriger Mann. Tumorartige Herde an Unterlippe, Augenlid und Finger. Heilung durch Exzision, teils Curettage. Ohne Kultur.

14. OWENS, EISENDRATH-READY[15]. 38jähriger Mann. Affektion am linken Oberschenkel. Ähnlichkeit mit Epitheliom. Kultur erfolgreich. (? KRAUSE.)

15. BRAYTON[16]. 50jähriger Mann. Eine Ulceration an der ersten Phalanx des rechten Mittelfußes. Amputation des Fußes. Man findet Schimmelpilze und Hefen.

Die drei letztgenannten Fälle bleiben, in dieser Form referiert, klinisch und ätiologisch völlig unklar, so daß sie zu einer weiteren Besprechung nicht verwertet werden können.

Es folgt nun wieder eine Reihe von recht bezeichnenden, gut und ausführlich beschriebenen Fällen des GILCHRISTschen Typus.

16. MONTGOMERY-RICKETTS I.[17] Der Fall betrifft eine tumorartige Schwellung der Unterlippe eines 45jährigen Kornarbeiters, der gewohnheitsmäßig Korn kaute. Zur Zeit bestand Viehsterben wegen einer Getreidekrankheit. Ein Jahr lang war die Haut der Unterlippe rissig und schälte sich ab. Einen Monat vor seiner Ankunft bemerkte er eine starke Kruste, darunter einen kleinen Knoten, der in vier Wochen markstückgroß und $^1/_8$ Zoll hoch wurde. Er saß nur am Lippenrot und an der Innenfläche, seine Basis war weich, die Oberfläche höckerig, eine gerötete Zone umgab ihn.

Die Beschäftigung des Patienten ließ an vegetabilische Parasiten denken. Unter Fomentationen, Borspray, KJ breitete sich der Tumor aus, Exzision brachte glatte Heilung.

Aus zerzupftem Material wurde eine knospen- und mycelbildende Hefe, Staphylokokken und Streptokokken gezüchtet.

Histopathologie: Hornschicht, teilweis verloren, besteht aus flachen kernhaltigen Zellen. Strat. lucidum nicht erkennbar. Körnerschicht unregelmäßig. Die Stachelschicht zeigt starke Hyperplasie mit Zapfenbildung in die Cutis; isolierte Epithelinseln fehlen. Im Epithel befinden sich miliare Abscesse. Sie enthalten Leukocyten, Detritus, keine Hefen!

Cutis: Große Haufen von Plasmazellen bilden eine Grenzzone gegen das Gesunde. Es finden sich Hyalinkugeln in verschiedener Größe, Mastzellen, Riesenzellen. Im Schnitt sind keine Hefen enthalten, keine Tuberkelbazillen.

---

[14] [15] [16] Nach BUSCHKE.

[17] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1900. S. 189.

17. MONTGOMERY-RICKETTS II.[18] Ein 38jähriger Zimmermann verletzte sich an der Hand. Es entstand eine Kruste, nach deren Entfernung ein erhabener dunkelroter, etwas empfindlicher Fleck sichtbar wurde, der allmählich ein warziges Aussehen annahm und sich, trotz intensiver Behandlung, über den gröfsten Teil des Handrückens ausbreitete. Nach einjähriger Behandlung heilte die Affektion unter Bildung einer glatten, rötlichen Narbe. Kurze Zeit vor der Ausheilung der Handaffektion schnitt dem Patienten ein Barbier eine Warze vom Hals. An dieser Stelle entwickelte sich in einigen Tagen eine kleine, krustenbedeckte Erhebung, die sich am linken Kinnbacken und über die linke Gesichtsseite serpiginös ausbreitete, während das Zentrum abheilte.

Das klinische Bild war das der Tuberculosis verrucosa cutis, streckenweise das eines papillären Epithelioms. Der Rand war erhaben, scharf begrenzt, an einer Stelle eine schmale Zone blauroter Hyperämie. Die Geschwulst ist gröfstenteils warzig; nur an einzelnen Stellen fest infiltriert, an anderen ganz weich. Zwischen den Papillen liefs sich Eiter herausdrücken, in dem keine Blastomyceten nachzuweisen waren, die Kultur ergab Eiterkokken, die Tierexperimente waren negativ.

Nach 18 Monaten, Patient war inzwischen viel, aber ohne Operation, behandelt, ist die linke Orbita umwuchert, es bestand Ektropium des unteren Lides. Die älteren Teile der Affektion sind in rötliche, glatt angeheftete Narben verwandelt. Mit Kalilauge wurden im Eiter Hefen nachgewiesen, Züchtung aus Eiter und Gewebe war wieder negativ.

Nach viermonatiger Abwesenheit wird die Affektion unter grofsen Dosen von Jodkalium unter Bildung glatter, roter Narben geheilt.

Warziges Gewebe und Eiter, in Kalilauge untersucht, zeigten: Zellen, elastische Fasern und einen Organismus mit doppelt konturierter Kapsel, zentralem, körnigem Protoplasma von etwa 12 μ Durchmesser, mit Sprofsbildung. Im zerzupften Gewebe fanden sich noch kleine Formen von 3,75 μ Durchmesser. Kultur von Eiter und Gewebe ergab Eiterkokken, keine Hefe.

Histologische Untersuchung: Hornschicht bedeckt mit Blut und Detritus, Stratum lucidum fehlt, Stratum granulosum verdickt. Stachelschicht verdickt, sendet fingerartige Fortsätze in die Tiefe, doch fehlen isolierte Massen oder Perlen im Bindegewebe. Es besteht eine Infiltration des Epithels mit Leukocyten und Bildung miliarer Abscesse.

Die Cutis zeigt erweiterte Gefäfse, kleine Hämorrhagien, dichte Infiltration mit Leukocyten und Plasmazellen; eine starke Proliferation der Bindegewebszellen, Abscesse, zahlreiche Mastzellen und Riesenzellen; innerhalb und aufserhalb der Abscesse zahlreiche Hefen.

---

[18] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1900. S. 195.

Es enthielten mithin die epithelialen Abscesse: Polynukleäre Leukocyten, Epithelzellen, Fibrin, Detritus und den Organismus; die cutanen Abscesse: in geringem Mafse Bindegewebszellen, Reste von elastischen Fasern und den Organismus. Abscesse, die mit der Oberfläche in Verbindung standen, enthielten auch Eiterkokken.

In gleicher Weise wie im frischen, zeigte sich der Organismus im gehärteten Gewebe mit Knospenbildung, in Gruppen zu drei oder vier, ohne Kerne, selten mit Vakuolen; stets aufserhalb von Riesenzellen oder anderen Zellen gelagert. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden.

Die Tierversuche ergaben nur Erkrankungen an Eiterkokken.

18. MONTGOMERY III.[19] Ein 33jähriger Tischler, frei von Lues und anderen Krankheiten, bemerkte als Beginn seines Hautleidens vor sieben Jahren auf der rechten Schulter eine Papel, die sich mit einer Kruste bedeckte; sie wuchs bis Dollargröfse, stand dann drei Jahre still und vergröfserte sich in den letzten bis zur Handflächenausdehnung zwischen den Schulterblättern, nach dem Nacken zu. Die Effloreszenz erhob sich zu $^1/_4$ Zoll über das Hautniveau und hatte scharfe, umschriebene Grenzen. Teilweise glatt und glänzend, war sie an anderen Stellen warzig und steil. Gröfsere Abschnitte waren mit trockenen, warzigen Exkreszenzen bedeckt. Ein Drittel der Fläche nimmt eine glatte Narbe ein, die von unregelmäfsigen Strängen durchzogen ist.

Aus einigen weicheren Stellen läfst sich etwas Eiter auspressen. Allgemeinbefinden unverändert; das Übel verursacht keine Schmerzen. Züchtungsversuche ergaben nur Eiterkokken. Patient bekam dann unter dem linken Arm eine Eiterbeule, die mit einer pigmentierten Narbe ausheilte, und machte eine pneumonieartige Erkrankung durch. Danach zeigte er, innerhalb drei Tagen entstanden, unter dem linken Schulterblatt zwei erhabene, tiefrote, ödematöse Schwellungen von einem und $^1/_2$ Zoll Durchmesser, die scharf umschrieben über die Haut hervorragten und in ihrem Aussehen an die Effloreszenzen des Erythema nodosum erinnerten.

Die Punktion ergab nur Blut. Nach Abstofsen einer oberflächlichen Hornschicht blieb eine tiefrote exkoriierte Oberfläche zurück. Die eine Effloreszenz hinterliefs nur einen pigmentierten Fleck, die andere nahm die Merkmale der ersten Effloreszenz an. Im nächsten halben Jahr bildeten sich unter Hitze- und Frostanfällen sieben- oder achtmal im Rücken und Gesicht ähnliche Läsionen aus. Während dann später das Hautleiden zunahm, wurde der Patient hektisch und starb an akuter Miliartuberkulose.

Das Gewebe der älteren Affektion zeigte eine stark infiltrierte Cutis mit zahlreichen Riesenzellen. Die Stachelschicht ist ausgesprochen hyperplastisch und sendet unregelmäfsige Ausläufer in die Tiefe; in ihr finden

[19] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1900. S. 199.

sich miliare Abscesse verschiedener Gröfse, verhornte Massen und Perlen. Organismen, gleich den GILCHRISTschen, werden zahlreich gefunden, gewöhnlich paarweise, in Riesenzellen, in miliaren Abscessen und im Corium. Knospenformen sind nachweisbar. Aus einer frischen verrukösen Gesichtsläsion wurden Kulturen angelegt und Tiere geimpft, beides mit negativem Resultat. Auf drei von 200 Gewebsschnitten wurden wenige, innerhalb eines mit der Haut kommunizierenden miliaren Abscesses gelegene Tuberkelbazillen gefunden.

Daraus, dafs keines der mit Hautmaterial infizierten Meerschweine tuberkulös wurde, schliefst M. auf die rein blastomycetische Natur der Hauterkrankung.

Dieses Bild, welches klinisch und histologisch einen Übergang von der Blastomykose zur Tuberkulose zeigt, läfst es erkennen, dafs der Fall, wenn überhaupt zur GILCHRISTschen Krankheit zugehörig, als mit Tuberkulose kompliziert und nicht als reiner Fall aufzufassen ist. Er ist deshalb für die Charakteristik des GILCHRISTschen Krankheitstypus nur mit grofsem Vorbehalt zu verwerten.

19. DOUGLAS W. MONTGOMERY-St. Francisco[20]. Ein 21jähriger Phthisiker hatte zwei Hautläsionen auf dem behaarten Kopf, acht im Gesicht und eine tief fluktuierende Schwellung auf dem Vorderhaupt, eine Hautläsion über der rechten Seite des Halses, eine über der rechten Schulter, zwei über dem linken Vorderarm, zwei über der Rückseite des linken Handgelenks, eine auf der hinteren Fläche des rechten Oberarms, über dem rechten Ellenbogen, vier an der linken Hüfte, zwei auf dem rechten Oberschenkel, einige kleine an dem linken Oberschenkel. Bei der Punktion ergab die Schwellung über dem Vorderhaupt keinen flüssigen Inhalt.

Die Effloreszenzen begannen als dunkelrote, runde, gut umschriebene Knoten mit eitriger Spitze, welche ulcerierten zu Geschwüren mit überhängenden Rändern und schmutzigem, mit dicker Kruste bedecktem Boden. Die Knoten standen aus der Haut hervor, wobei sie unten abgeschnürt waren; sie machten kein Unbehagen und schmerzten nicht auf Druck. Beim Abnehmen einer Kruste zeigte der körnige Grund ein Bild wie die Innenseite einer Feige durch Blut und gelben Eiter.

Die Diagnose schwankte zwischen Mykosis fungoides, Dermatitis tuberosa durch Jodkalium, und Protozoendermatitis von RIXFORD und GILCHRIST. Lues wurde ausgeschlossen. Hg und JK übten keinen Einfluſs aus. Ein Tumor wurde exzidiert und bakteriologisch und histologisch untersucht; es zeigten sich coccioide Organismen in grofser Zahl. Patient stirbt, wird obduziert. Im Eiter von Abscessen überall die Coccidien.

---

[20] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1900. S. 172.

Histologisch zeigte die Haut Infiltration von Rundzellen, Riesenzellen, miliare Abscesse. Die Organismen saſsen in Riesenzellen oder frei, selten in Abscessen. Die Organismen haben eine doppelt konturierte Kapsel, gekörntes Protoplasma, zum Teil Endosporen. Impfung eines Kaninchens war erfolglos; auf Glycerinagar wuchs ein „wundervoller Schimmel".

Dieser Fall muſs, so interessant er ist, ganz ausgesondert und für sich betrachtet werden, da er mit unserer Affektion augenscheinlich nichts zu tun hat.

20. Hyde und Ricketts. I.[21] Bei einem 33jährigen Farmer begann die Hautaffektion vor zwei Jahren, nachdem der obere Teil der linken Gesichtshälfte groſser Kälte ausgesetzt war. Ein Karbunkel bildete sich, wurde geöffnet und muſste, da er nicht heilte, zweimal ausgekratzt werden. Befallen wurde das linke untere Augenlid mit den benachbarten Teilen der Wange und Schläfe. Die Effloreszenz, ein scharf umschriebener Fleck, bestand aus unregelmäſsig erhabenen Knötchen; dazwischen lagen Stellen, die wenig oder gar nicht ergriffen waren. Einige Knötchen waren oberflächlich geschwürig zerfallen, andere hart ohne Einschmelzung. Die Farbe der Läsion war rötlichbraun, die subjektiven Symptome gering. Unter Jodkalium besserte sich die Affektion wesentlich; der Fleck wurde kleiner, flachte sich ab, wurde weicher und weniger entstellend. (Noch nicht abgeschlossen.)

Man findet im Eiter bei Benutzung von 30%iger Kalilauge einen knospenden, runden, mit doppelt konturierter Kapsel umgebenen, mit granuliertem, zum Teil vakuolisiertem Protoplasma angefüllten Organismus von ca. 12 μ Durchmesser. Ebenso wird er unter KOH sichtbar im zerzupften Gewebe. Gezüchtet wurde ein myceltreibender Pilz.

Histologie: Die Hornschicht teils fehlend, teils Hornpflöcke bildend, besteht aus kernhaltigen, abgeflachten Zellen. Kein Stratum lucidum. Körnerschicht vorhanden. Es besteht starke Hyperplasie der Stachelschicht mit parenchymatösem Ödem. Intraepitheliale Abscesse enthalten polynukleäre Leukocyten, lose Epithelzellen, Riesenzellen, Detritus und den Organismus.

Die Cutis zeigt starke Infiltration mit Leukocyten und Plasmazellen. Scharf abgegrenzte miliare Abscesse enthalten Leukocyten, Fragmente von fibrösem und elastischem Gewebe, Detritus, Bindegewebs- und Riesenzellen und den Organismus; dieser ist nirgends in Zellen gelegen. Tuberkelbazillen konnten auch durch das Tierexperiment nicht nachgewiesen werden. Tiere starben meist an Kokkensepsis.

Reiner Gilchrist-Fall.

---

[21] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1900. S. 203.

21. Hyde-Ricketts. II.[22] Die Affektion des 47jährigen, sonst gesunden Mannes begann vor zwei Jahren, wo Patient sich die Haut des rechten Vorderarms mit einem Holzstab scheuerte. Es entstand eine Wunde, die sich mehrfach mit Krusten bedeckte, ohne zu heilen; der Fleck vergrößerte sich, sonderte Eiter ab, schmerzte und juckte aber nicht; nach 1½ Jahren besaß er die Größe einer Hand. Er war scharf umschrieben, umgab den Arm von vorn nach hinten. Die Oberfläche war dunkelrot, durchweg feucht, granuliert und sonderte eine purulente Flüssigkeit ab. In der granulierten Oberfläche waren einige rosafarbene Inseln zu erkennen, stellenweise bildeten sich falsche Membranen. Die Ränder waren stark erhaben, mehr als das Zentrum. Das Ellenbogengelenk war zum Teil fixiert. Unter Jodkalium trat starke Besserung ein. Nach drei Monaten war die Affektion heller geworden, trockner, der Geruch hörte auf, die Schwellung des Arms wurde geringer, das Ellenbogengelenk beweglicher, die Effloreszenz flachte sich ab, der äußere Rand bekam ein rein warziges Aussehen, die Stelle überhäutete sich zum großen Teil und ist nahezu geheilt.

Im Eiter und verrukösen Gewebe fand man mit KOH einen kapsulierten, knospenden Organismus mit vakuolisiertem, granulösem Protoplasma in großer Menge im Durchmesser von 12—14 μ. JK brachte die Affektion zurück, beeinflußte aber nur die Zahl der Organismen, nicht ihre Morphologie.

Histopathologie: Die Epidermis entspricht dem vorigen Fall. Die Cutis ist exzessiv vaskularisiert. Viele kleine Hämorrhagien. Die Infiltration ist weniger dicht. Riesenzellen in Abscessen und im Bindegewebe. Der Organismus findet sich in Abscessen und frei in Gruppen von zwei bis acht. Häufig in Ketten von vier bis fünf, zahlreiche Knospenformen. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden. Die Tierimpfung verlief negativ.

Gilchrist-Fall.

22. Stelwagon[23]. Bei dem 49jährigen, mit Tuberkulose nicht erblich belasteten, nicht luetischen Patienten begann die Erkrankung am Rücken der Hand an der Basis des ersten und zweiten Metakarpalknochens. Vor sechs Wochen war er hier oberflächlich durch einen Katzenbiß verletzt. Nachdem dies geheilt war, begann die Affektion mit einer Beule, die sich öffnete, heilte und verschwand, mit Ausnahme einer leichten Verdickung. Dann folgte Anschwellung und Ausbreitung nach der Seite mit entzündlich infiltriertem Rande. Nun ulcerierte die Stelle einigermaßen, entleerte auf Druck etwas Flüssigkeit und bildete eine dunkle Kruste.

---

[22] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1900. S. 207.

[23] Separat aus: *Amer. journ. of the med. sciences.* II. 1901.

Die Krankheit breitete sich zu den Fingern und gegen den Arm hin aus. Die Erhebung war beträchtlich, fast einen halben Zoll umsäumt mit einer leichten Infiltration. Stellenweis dünne Narben. Aus den papillären Exkreszenzen entleert sich auf Druck etwas Flüssigkeit. Am Arm bestehen einige kleine abscefsähnliche Bildungen, die mit einer oberflächlichen Verdickung begannen, um dann in der Mitte sowie auch peripher zu erweitern. Einige Stellen ähneln auch einem Kerion; sie haben 1—2½ Zoll Durchmesser, einen wenig infiltrierten Rand, violette Farbe, enthalten Serum, bilden eine Kruste und zeigen wenig Tendenz zur Heilung, verschwinden aber auch gelegentlich spontan. Der Charakter der Affektion ist verrukös.

Die histologische Untersuchung der Ausstriche ergibt mancherlei Kokken und sphärische, leicht ovale Körper. Züchtung ergibt Kokken. Die Schnitte enthalten kuglige Zellen mit Knospenbildung, zum Teil mit doppelt konturierter Membran. Keine Tuberkulose.

Das klinische Bild entspricht dem der GILCHRIST-Fälle; die histologische Untersuchung ist nicht vollständig genug.

23. DYER-New Orleans[24]. Vor einem Jahr entstand bei der 55jährigen Patientin eine kleine Geschwulst, die als Epitheliom diagnostiziert und mit Arsenpaste beseitigt wurde. Später entwickelte sich ein Bläschen im Gesicht, wurde gröfser und von warzigem Aussehen; eine gleiche Efflorescenz erschien auf den Händen, beide waren weich, bei Druck entleerte sich eine klebrige, ölige, gelblich gefärbte Flüssigkeit.

Jede Hand zeigte eine Menge von Eruptionen in einem dollargrofsen Kreis, bestehend in kleinen, mit gelbem Inhalt gefüllten Pustelchen.

Das Zentrum einer jeden Stelle war weniger erhaben als die Umgebung; so war das Aussehen fast kraterförmig, die Farbe tiefrot. Die Effloreszenzen stiegen steil aus der Haut auf, sie waren mit einer Kruste bedeckt, nach deren Entfernung eine warzige Oberfläche sichtbar wurde, die von einem Exsudat bedeckt war. Die Efflorescenz an der Backe ist etwas mehr erhaben, es fehlt daher das kraterförmige Aussehen.

Die Gesichtsläsion bezeichnet D. als typisch für Yaws.

Die einzelnen Läsionen vergröfserten sich und gingen zirkulär weiter.

Unter Jodkalium fand Ausheilung statt; eine später zur Seite der alten an der Stirn neu erschienene Efflorescenz wurde curettiert und gekautert.

Die Züchtungsversuche führten nur zu unreinen Kulturen.

Histologisch fand GILCHRIST: eine benigne Hypertrophie der Oberhaut, miliare Abscesse in Epithel und Corium, tuberkelähnliche Knötchen; Riesenzellen und in ihnen wenige Blastomyceten. Er hielt den Fall für eine Blastomykose.

---

[24] *Transact. of the Amer. dermatol. Assoc.* 1900. S. 180.

24. Ricketts[25]. Bei einem 73jährigen Arbeiter entwickelte sich eine verruköse Affektion über die linke Kopfseite, desgleichen eine Efflorescenz auf der linken Wange; Zentrum flach, der Rand erhaben; bedeckt mit einer Kruste. Die Affektion heilt im Zentrum, schreitet in der Peripherie fort.

Histologisch fand sich: Wucherung der Epidermis. Miliare Abscesse mit Riesenzellen. Paarweise und in Gruppen runde „Parasiten" mit Kapsel. Ihr Protoplasma granuliert mit glänzenden Körnern und Vakuolen, zum Teil in Sprossung. Gezüchtet bilden sie Hyphen mit seitlich gestielten Conidien. Erzeugen beim Hund Augenmykose.

25. Ricketts[26]. Polin. Verruköse Affektion über der rechten Seite des Gesichts; schreitet peripher fort, heilt zentral ab. Histologisch: Epithelwucherung, myxomatöse Knötchen, Entzündung, Eiterung. Blastomyceten in Gruppen im Corium.

26. Ricketts[27]. 27jährige Frau. Affektion auf der linken Wange, linken Handgelenk, rechte Glutäe. Das Zentrum flacht ab; peripherisch papilläre Exkreszenzen.

Die Parasiten gezüchtet, die gleichen wie vorher.

Während Fall 1 klinisch und histologisch dem Gilchrist-Typus entspricht, sind Fall 2 und 3 unklar und zu kurz geschildert, um verwertet werden zu können.

27. Douglas W. Montgomery. Dermatitis coccidioides.[28]

A. B., 54 Jahr. Lues und Tuberkulose sind nicht nachweisbar. Die Erkrankung beginnt vor sieben Jahren als Verdickung der linken Hand und des linken Vorderarms; im folgenden Jahr wurden linker Schenkel und Knöchel befallen, vier Jahre später die Brust; 1900 wieder linker Vorderarm und Hand, dann Nacken und Ohr. Die Ausbreitung erfolgte sehr langsam, die Stellen boten ein sehr verschiedenes Aussehen dar; am linken Bein besteht ein papillomatöser Habitus der verdickten Haut. Januar 1902 brechen die Stellen auf unter Verbreiten eines schrecklichen Geruches. Es folgen Fiebererscheinungen und Tod.

In der Lunge fanden sich tuberkelähnliche Knötchen, die Riesenzellen und doppelt konturierte sphärische Körper enthielten, von 1—2—3 μ Durchmesser; im frischen Präparat erkennt man, dafs die Aufsenschicht mit Stacheln besetzt ist. Die Körper sind mit Körnchen oder Sporen erfüllt, die durch einen Rifs der Kapsel frei werden. Von den stark lichtbrechenden Sporen zu den Körperchen sind alle Zwischenstufen zu verfolgen. Die Körper bisweilen säurefest. Im Gewebe sind weder Sprofsformen noch Mycel nachzuweisen. Im hängenden Bouillontropfen

---

[25] [26] [27] Nach Buschke.

[28] *The journal of cutaneous diseases.* Jan. 1903.

„sollen" zwei oder drei von Körperchen ausgehende, sich stark verzweigende Mycelfäden beobachtet sein.

Gezüchtet wurde ein „Pilz", der aufserhalb des Körpers wie ein Schimmel wuchs.

Histopathologie: Die Affektion imponiert als Granulom. Es besteht: Hyperplasie der Stachelschicht, Vordringen von Zapfen gegen die Tiefe. Abscesse sind sehr selten, wenig Organismen. Die Cutis zeigt diffuse Zellinfiltration, gelegentlich Riesenzellen. Keine Abscefsbildung, sondern Sklerosierung, die auch stellenweise Organismen einschliefst.

Der atypische, wenig klare Fall (Dermatitis coccidioides?) wird mit Rücksicht auf das Kulturresultat der Vollständigkeit halber angeführt.

28. Frank Hugh-Montgomery[29]. G. W., 30 Jahre alt, Amerikaner, war stets gesund. 1891 unbestimmte Erkrankung am Penis. Lues nicht nachweisbar; gesundes Kind. Das Hautleiden begann 1899 als kleines Knötchen, von dem er gelegentlich eine Kruste mit dem Fingernagel entfernt. In der Peripherie entstanden nun neue Knötchen und verschmolzen miteinander. Stellenweise trat Ulceration ein, stellenweise Heilung. Der Rand war warzig, aber feucht. Befallen war eine Stelle vor dem linken Ohr, der Prozefs bezog die Ohrmuschel teilweise mit ein. Die Effloreszenz ist bis 1/4 Zoll erhaben, bedeckt mit warzigen, papillären Wucherungen, zwischen denen Eiter hervordringt. Stellenweise besteht ein roter, jäh abfallender Rand mit miliaren Abscessen. Phthisis pulmon. et laryngis festgestellt. Im ausgekratzten Material der Larynxgeschwüre Tuberkelbazillen und Blastomyceten gefunden; gezüchtet ein Schimmel. Patient stirbt an allgemeiner Tuberkulose. Blastomyceten nicht in den inneren Organen, nur in der Haut. Diese zeigt den gewöhnlichen histologischen Befund: Epithelhyperplasie mit miliaren Abscessen, Zellinfiltration des Coriums, einige Riesenzellen. Sprofsorganismen von 9—15 μ Durchmesser, einige mit sporenartigen Körperchen gefüllt. Kultur: aus Eiter und Abscessen ein Schimmel.

Gilchrist-Fall.

29. Olliver S. Ormsby und H. Miller[29]. 56jähriger Schwede. Fall von generalisierter Blastomykose mit zahlreichen (zu einer Zeit 93) Herden über die ganze Körperoberfläche. Stark ergriffenes Allgemeinbefinden. Verschieden (erbsen- bis nufs-) grofse Knoten, vielfach tief im Hypoderm sitzend und nur durch Palpation festzustellen. Die oberflächlichen sind erhaben und von bläulichroter Farbe, dabei unempfindlich. Sie brechen zum Teil auf und werden zu ungesund aussehenden Geschwüren, die Blut und Eiter absondern. Nur eine Effloreszenz auf dem rechten Handrücken war erhaben über der umgebenden Haut und hatte einen jäh

[29] *The journal of cutaneous diseases.* Jan. 1903.

abfallenden, zahlreiche miliare Abscesse enthaltenden Rand. Das Zentrum war mit einer Kruste bedeckt. Die Tuberkulinreaktion verlief negativ.

Histopathologie: Der Prozefs liegt im Hypoderm, der Papillarkörper verstrichen, Epidermis sonst normal. Die Gefäfse sind erweitert; perivaskuläre Infiltration.

Die Zone der Infiltration scharf begrenzt, meist im subcutanen Gewebe. Dabei beteiligt die „Organismen" in grofser Zahl. Dazu Leukocyten, rote Blutkörperchen, Bindegewebs-, Plasma-, Mast- und Riesenzellen. In den Riesenzellen Organismen in aufserordentlich wechselnder Zahl. Kulturen: Wachstum trat erst nach drei Tagen ein; zahlreiche Kulturen wiesen gleichmäfsiges Wachstum auf, es bildeten sich Lufthyphen. In 1 %iger Natronlauge frisch untersucht, zeigten sich die „Organismen" in grofser Menge, 8—14 μ Durchmesser, doppelt konturiert mit stark lichtbrechenden Körperchen erfüllt, die auch zahlreich aufserhalb angetroffen werden. Tuberkulose war nicht nachzuweisen. Die Lungen waren weithin zerstört. In der Leber grofse Ascesse.

Der Prozefs verlief sehr rapid (in etwa zwei Monaten). Nur eine Läsion heilte, und zwar unter Curettage.

Der Fall steht gänzlich aufserhalb der Reihe der GILCHRIST-Fälle, klingt an den BUSCHKEschen an, unterscheidet sich aber wieder wesentlich von ihm.

30. T. CASPAR GILCHRIST[30]. John Z., ein Weifser, erkrankte vor elf Monaten an Unterleibsbeschwerden. Vor sieben Monaten zeigte sich das Hautleiden als erbsengrofser Knoten am rechten Handgelenk; jetzt entstand ein solcher im Nacken. Dieser kann aufgehoben werden, ist verschieblich, zwischen den Fingern zu rollen, ist tiefrot, fest und zeigt papillomatöse Tendenz. Zwischen den Papillen ist dicker Eiter hervorzudrücken. Die Stelle an der Hand wuchs fünf Wochen lang, brach dann auf und sonderte Eiter ab, wurde dann deutlich papillomatös, ähnlich denen, die jetzt im Gesicht zu sehen sind; es liefs sich aber mehr Eiter herausdrücken. Der Fleck juckte. Patient merkte bei täglichem Ausdrücken des Eiters Versiegen der Sekretion und in vier bis fünf Monaten fast narbenlose Ausheilung. Es folgen Flecke am rechten Daumen, linken Gesäfs und Lende, die erst papillomatös werden, dann in gleicher Weise heilen.

Im Gesicht beginnt die Erkrankung als Knötchen (Pimple) am Kinn, das beim Rasieren angeschnitten wurde. Nach einer Woche erschienen neue; ein kleiner Knoten an der Ohrmuschel links, durch Ausdrücken des Eiters in einem Monat geheilt. Im ganzen bildeten sich im Gesicht und Nacken 16 Stellen. Die Krankheitsherde waren gut abgegrenzt, erhaben, fest, in

[30] *The journal of cutaneous diseases.* März 1904.

der obersten Schicht der Haut gelegen, frei beweglich über die Unterlage. Alle haben stecknadelkopfgroſse Papillen, zwischen denen weiſslicher dicker Eiter auszudrücken ist, der stellenweise zu braunschwarzen Krusten eintrocknet. Die Ränder sind steil abfallend, glatt, tiefrot, mit feinsten gelben Pünktchen besetzt. Die älteren Effloreszenzen zeigen einen trocknen papillomatösen Habitus und narbiges Aussehen. Patient klagt über krankhaften Geruch, Wühlen und Klopfen, wenn der Eiter in der Effloreszenz angehäuft ist; nach dem Ausdrücken erfolgt Erleichterung. Ätiologie nicht nachweisbar.

Untersuchung des Eiters in Kalilauge: wenig zahlreiche, stark lichtbrechende, doppelt konturierte Körperchen in Sproſsform von 8—12 μ Durchmesser; im Innern stark lichtbrechende Körnchen. Kulturen lassen Lufthyphen erkennen. Im hängenden Tropfen Auskeimen der „Blastomyceten" zu Mycelien beobachtet. Tierversuch: der Mycelpilz für Meerschweine pathogen.

Histopathologie: Epidermis, Wucherung der Stachelschicht mit miliaren Abscessen. Corium: Pseudotuberkel, Plasmazellen; wenig miliare Abscesse, wenig Blastomyceten.

Therapie: Guter Erfolg von X-Strahlen und Jodkalium innerlich.

31. II. Gilchrist[31]. A. P., Neger. Beginn vor zwei Jahren am Fuſs als Knoten; dann Abceſsbildung, Inzision. Es folgte starke Granulationswucherung, die papillomatösen Charakter annahm. Sechs Monate später wurden die Zehen, nach einem Jahre Nase und Gesicht befallen. In der Innenseite des linken Fuſses entstand ein birnengestaltetes Gewächs von 2 cm Höhe; groſse abgeplattete Papillen; dünne Epidermisbekleidung. Die kleinen Papillen sind stecknadelkopfgroſs, geben ein warziges Aussehen und sind mit dickem, bräunlichem, faulriechendem Exsudat bedeckt; zwischen den Papillen läſst sich eine sanguinolente Flüssigkeit ausdrücken. Über Fuſs und Zehen verstreut sind 25 verschieden groſse Herde vom gleichen warzigen Charakter.

Auf den Effloreszenzen an Nase und Oberlippe waren die Papillen kleiner, im übrigen gleich denen am Fuſs. Im Eiter zahlreiche Blastomyceten von 8—12 μ Durchmesser. Kulturen unrein, keine Tierexperimente.

Jodkalium läſst Besserung eintreten. Das Blut dieses Patienten agglutinierte den aus dem vorigen Fall gezüchteten Organismus.

32. III. Gilchrist[32]. J. B., 45 Jahre alt. Befallen sind rechter Vorderarm und linke Wade. Vorgeschichte: Malaria und Rheumatismus vor fünf Monaten. Patient hat Jod genommen. Beginn vor fünf Monaten am Arm als stecknadelkopfgroſse Papel. Sechs Wochen

---

[31] [32] *The journal of cutaneous diseases.* März 1904.

später, erbsengroſs, brach sie auf, entleerte Eiter und wurde papillär. Zwei Wochen später Beginn der Wadenaffektion. Die Herde sind scharf begrenzt, tiefrot, erhaben, deutlich papillomatös, mit festem, jäh abfallendem Rande. Auf Druck erfolgt Eiterentleerung. Im Eiter zahlreiche, doppelt konturierte Sproſspilze von 10—12 μ Durchmesser.

Histopathologie: Das gewöhnliche Bild; in miliaren Abscessen und im Corium zahlreiche „Blastomyceten". Keine Kulturen angelegt.

33. IV. GILCHRIST[33]. Patient, ein Neger, zeigt einen sehr schlecht riechenden papillomatösen Fleck, von der Wirbelsäule rechts zum Nabel gehend, desgleichen in der rechten Leistenbeuge, Achsel und Brust. Beginn als Papel. Kultur ergab einen Pilz mit Mycelbildung. Blastomyceten im Eiter, dessen Verimpfung beim Hund Pseudotuberkel in der Lunge erzeugt; hiervon wurden wieder Kulturen erhalten. Unter Behandlung trat Besserung ein, ebenso nach einem späteren Rückfall.

34. V. GILCHRIST[34]. Patient, 50 Jahre alt, in Indien geboren, verletzte den Handrücken mit einem Holzstück. Vier Tage später war die Hand einen Zoll hoch geschwollen. Zwei Monate später safs die Affektion auf dem unteren Abschnitt des Handrückens und griff auf die Finger über. Die Affektion ist oberflächlich auf die Haut beschränkt und mit ihr über der Unterlage verschieblich. Man unterscheidet eine stark rote, glatte, scharf abgegrenzte Zone nach aufsen. Charakteristisch ist die Basis des Fleckes; sie ist weich und biegsam und bedeckt mit zahlreichen dünnen, rosaroten Papillen, die wie ein Netzwerk zusammengefügt sind; aus dessen Maschen, die Abscesse zu enthalten scheinen, ist Eiter ausdrückbar. Es besteht ein ausgesprochener Geruch. Andere Flecke bestehen nicht. Keine Drüsenschwellungen. Im Eiter der kleinen Abscesse sind runde oder ovale, doppelt konturierte, oft in Sproſsform auftretende, mit granuliertem Protoplasma versehene Körper enthalten. Besserung unter Karbolsäure äufserlich, JK intern.

Die sub I bis V erwähnten Fälle sind reine GILCHRIST-Fälle.

35. VI. GILCHRIST[35]. Die Erkrankung des Mannes begann vor drei Jahren mit einem Knötchen an der Nase, das wuchs, aufbrach und sich über Nase und Wange zum linken Mundwinkel ausdehnte. Es bestanden Papillen, zwischen denen Eiter auszudrücken war. Der Rand war fest und jäh abfallend, aber ohne miliare Abscesse. Zwei Jahre nach Beginn der Erkrankung entstand eine Effloreszenz am rechten groſsen Zeh. Er war geschwollen, tief rot, bedeckt mit Krusten, unter ihnen Papillen, zwischen denen Eiter ausgedrückt werden konnte. Drüsen waren nicht vergröſsert, Lues vor langer Zeit.

Histopathologie ähnlich der Blastomykose, aber keine „Organismen"

---

[33] [34] [35] *The journal of cutaneous diseases.* März 1904.

nachweisbar. Kulturen negativ. Tuberkulose nicht nachweisbar. Gegen Lues sprach das histologische Bild und die Dauer der Erkrankung. JK brachte Besserung.

Obwohl GILCHRIST selbst den Fall nicht als Blastomykose ansieht, muſs er, zumal wegen seiner nicht unbeträchtlichen Ähnlichkeit mit dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Fall, an dieser Stelle angeführt werden und ist zweifellos (s. u.) als echter GILCHRIST-Fall anzusehen.

36. MONTGOMERY und HYDE[36]. J. R., 38 Jahre alt. Dauer vier Jahre. Charakteristischer histologischer Befund mit „Organismen". Kultur negativ. Unter JK Heilung.

37. Frl. N. M., 37 Jahre. Typischer histologischer Befund mit Organismen. Kultur: Schimmel. Heilung unter KJ.

38. Frl. S. E., 21 Jahre. Charakteristische Läsion mit groſsen Papillen bei trockenem, warzigem Aussehen. Miliare Abscesse. Kultur: Schimmel. JK brachte nur Besserung; X-Strahlen Heilung.

39. Frau M., 51 Jahre. Histologie charakteristisch. Kultur: Schimmel. Nicht ganz geheilt.

40. A. B., 54 Jahre alt. Die Erkrankung hat einen sehr narbigen Charakter und war nie warzig. Die Stelle war erhaben, glatt, rötlich weiſs und zeigte Telegeangiektasien, sowie miliare Abscesse, vor allem am Rand. In Natronlauge deutliche Sprofsorganismen. Kulturen blieben steril. Unter JK Heilung ohne Rückfall.

41. Frau D. S., 56 Jahre alt. Vier Wochen nach einem schweren Nervenchok entwickelt sich am linken Handrücken eine scharf begrenzte, warzige Effloreszenz, der andere folgten. Miliare Abscesse, typisches histologisches Bild mit „Organismen". Gezüchtet ein Schimmel. Heilung unter JK.

42. Frau J. K., 33 Jahre alt. Zwei Jahre Dauer. Histologisches Bild und Organismenbefund charakteristisch. Kultur: Schimmelpilz. Exzision.

43. Frau S., 73 Jahre alt. Typisches histologisches Bild mit „Organismen". Züchtung eines Schimmels. Besserung unter JK, dann ausgebreitetes Rezidiv.

Hiermit schlieſse ich die Reihe der Fälle, bei deren Zusammenstellung ich mich im wesentlichen an die Monographie von BUSCHKE gehalten habe.

Im vorstehenden habe ich die wichtigsten Fälle derjenigen Erkrankung der Haut, die mit der Wucherung von Hefepilzen in einen ursächlichen

---

[36] Coutaneous Blastomycosis. A summary of the observations of JAMES NEVISN HYDE and FRANK HUGH MONTGOMERY. (Anderweitig nicht veröffentlichte Fälle.)

Zusammenhang gebracht wird, soweit sie mir in der Literatur zur Verfügung standen, aufgezählt. Da die Ätiologie dieser merkwürdigen Erkrankung noch als durchaus nicht sicher erwiesen zu betrachten ist, erscheint es wünschenswert, trotz vieler aufserordentlich eingehender Arbeiten über dieses Thema, sich doch noch einmal damit zu beschäftigen. Die beste Einleitung gibt eine historische Übersicht. Denn wie jede Erkrankung, so hat auch die blastomykotische Erkrankung der Haut eine Geschichte, die um so interessanter ist, als man die Affektion nicht zu jeder Zeit auf die Lebensprozesse von Hefen in den befallenen Hautprovinzen zurückführte. Das wesentlichste Moment, welches zunächst den Untersuchern auffiel und sie zu einer Deutung bezüglich der Ätiologie der Affektion hinwies, war stets das Vorhandensein gewisser kleiner, kugliger Körperchen. WERNICKE war der erste, der in seinem Fall, den man für Mykosis fungoides hielt, in den Hauttumoren und in den Lymphdrüsen innerhalb und aufserhalb von Riesenzellen runde Körperchen fand von wechselndem Durchmesser (3—30 μ [? KR.]). Da er in einigen von ihnen auch kleine runde Tochtercysten zu erkennen glaubte, so hielt er die Gebilde für Coccidien, also tierischen Ursprungs, und machte sie für das Entstehen der Affektion verantwortlich.

Ihm folgten zwei Fälle von GILCHRIST und RICKETTS, welche beide tödlich verliefen. In den Geweben fand man zahlreiche „Protozoen", ähnlich denen bei WERNICKE; im zweiten Falle besonders viele Sporulationsformen. Die Körper waren leicht zu erkennen, 30—60 μ im Durchmesser, mit dicker Kapsel versehen, granuliertem Protoplasma, einige mit Vakuolen. In beiden Fällen wurde nach Ansicht der Untersucher der Zyklus der Entwicklung nachgewiesen, d. h. die einzelnen Formen der Coccidienreihe gefunden.

Anders wurde es mit dem dritten Fall von GILCHRIST. Hier gelang es nur, einen einzigen protozoenartigen Körper zu entdecken. Die übrigen zahlreich vorhandenen Körperchen aber waren erheblich kleiner als die der vorhergehenden Fälle, 10—15 μ im Durchmesser; vor allem vermifste man die Sporenbildung und bemerkte statt dessen Sprofsformen. So sah sich GILCHRIST genötigt, festzustellen, dafs diese Körper keine Ähnlichkeit mit Coccidien besäfsen. WELSH war es, der sie ins Pflanzenreich verwies und sie als Hefen auffafste.

Zur selben Zeit, als sich dies in Amerika ereignete, gelang es BUSCHKE, unabhängig hiervon, in Greifswald aus der Hautaffektion seiner Patienten Hefe nicht nur mikroskopisch, sondern auch kulturell darzustellen, nachdem vorher BUSSE aus dem Tibiaherd derselben Patientin zu positivem Kulturresultat gekommen war.

Während somit GILCHRIST in Amerika zuerst die Auffassung von der tierisch-parasitären Natur der Erkrankung aufgab, war WELSH der erste,

der in den als ätiologisches Moment angesprochenen und bei der mikroskopischen Untersuchung gefundenen Körperchen Hefepilze sah. Buschke dagegen war der erste, welchem es gelang, aus der Hautaffektion einer Patientin nicht nur histologisch, sondern auch durch das Züchtungsverfahren Hefe nachzuweisen.

Erst in seinem vierten Falle gelang es Gilchrist, in den Schnitten zwar Sprofsformen zu finden, aber allerdings nur ein Oidium zu züchten.

Zum wenigsten mufs es beim Überblicken der Reihen der älteren Fälle verwunderlich erscheinen, dafs sich unter ihnen so wenig aufseramerikanische befinden. Da es sich nun wohl nicht annehmen läfst, dafs die Erkrankung an die Scholle der neuen Welt gebunden sei, so erklärt sich das Manko europäischer Veröffentlichungen wohl aus einem mangelhaften Bekanntsein des klinischen Bildes, das uns bei fast allen amerikanischen Fällen in einer so einheitlichen Form entgegentritt, dafs uns auch bei nur oberflächlicher Betrachtung der durchgreifende Unterschied gegenüber den europäischen Erkrankungen sofort in die Augen fallen mufs. Vorläufig sei nur hervorgehoben, dafs es sich bei den amerikanischen Fällen um eine chronische, in der Regel nicht zum Tode führende, durchweg neoplastische Affektion von exquisit verrukösem Charakter handelt, während die Fälle der alten Welt tödlich endende Fälle mit Bildung von Tumoren, die sehr schnell in unterminierte Geschwüre übergehen, umfassen.

Mithin gelingt es uns auch bei einer wenig eingehenden Durchsicht des Materials, wenn wir von einigen ganz unklar beschriebenen Fälle absehen, die wir ausschalten wollen, von vornherein zwei durchaus verschiedene Arten von Erkrankungen zu unterscheiden, mit denen wir uns nun im folgenden näher beschäftigen wollen, deren eine repräsentiert wird durch die Gillchristschen Fälle, während der Typus der anderen der von Buschke ist.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. Pollitzer.

Sitzung vom 29. März 1905.

Vorsitzender: Prof. Mračeк.

Ehrmann stellt vor:

1. Zwei Fälle von **Sklerodermie**; bei dem ersten, einer 40jährigen Frau, auf der Brust und den Armen heller- bis guldengrofse mattgelbe, wachsartig glänzende,

härtliche Plaques mit deutlich lebhaftem, 1—2 cm breitem Randsaume. Die Beckengegend und die Oberschenkel sind fast diffus erkrankt; doch bestand vor zirka zwei Jahren an ihrer Stelle eine ekzemartige Rötung, von Sklerodermie keine Spur (nach einer Krankengeschichte Prof. Mračeks). Der zweite Fall litt jahrelang an der makulösen Form von Sklerodermie, die nach Heilung der mit ihr einhergehenden Darmatonie verschwand. Redner erklärt daher auf Grund seiner Erfahrung die Sklerodermie als eine vom Darme, der Schilddrüse oder auch anderseitig entstehende toxische Dermatose.

2. Einen seit drei Jahren bestehenden, handtellergroßen Herd von **Lichen simplex chronicus.**

3. Zwei Fälle von **Ekzem en plaques**, der eine wohl auf ichthyotischer Basis, der zweite sehr ähnlich einer Psoriasis.

Brandweiner demonstriert aus der Klinik Finger eine an den unteren Extremitäten meist in Kreisbögen angeordnete Purpura; innerhalb der also gruppierten Hämorrhagien sind deutliche, geschlängelte, reiserartig verzweigte Gefäßerweiterungen sichtbar, weshalb die Bezeichnung **Purpura annularis teleangiektodes** gewählt wurde.

Ullmann zeigt: 1. Eine mit diffuser Rötung und Bläschenbildung einhergehende **Dermatitis** unbekannter Ätiologie.

Diskussion: Neumann mahnt in solchen Fällen zur Vorsicht, da es wie in dem von Sellis vorgestellten Fall oft nur Prodrome eines Pemphigus seien.

2. Ein **Keratoma hereditarium palmare et plantare** bei einem 28jährigen Mann, der außerdem einen ziemlich ausgebreiteten Lupus erythematosus im Gesichte hat. Am Rande der hyperkeratotischen Flecke zeigt sich ein schmaler, roter Hof. In der bekannten nächsten Aszendenz keine ähnliche Erkrankung.

3. Ausgebreitete **Verrucae.**

Leiner demonstriert ein fünfmonatliches Kind mit dichtem **maculo-papulösem Syphilid.**

Deutsch stellt eine Frau mit zerstreuten **Xanthomen** im Gesichte vor, die seit zwei bis drei Jahren in langsamer Aufeinanderfolge entstanden sind und durch ihre typische Farbe jede andere Deutung ausschließen.

Sachs demonstriert aus der Klinik Finger einen 35jährigen Mann mit einer **frischen Lues, Exanthem am Stamm und Plaques an den Tonsillen und der Mundschleimhaut;** seit vier Tagen traten, namentlich an den unteren Extremitäten, Erythemflecke vom Aussehen des Erythema multiforme auf. Sachs erinnert an die von ihm aus der Abteilung Ehrmanns vorgestellten analogen Fälle und bespricht ausführlicher das Verhältnis dieser Erytheme zur Lues.

Diskussion: Neumann kommt auf die von ihm schon mitgeteilten Beobachtungen zurück, die das Auftreten solcher Erytheme bei Eiterungsprozessen der mannigfachsten Art betreffen. Auch die vorliegenden Erytheme bei Lues dürften von Halsaffektionen herrühren, sofern sie nicht überhaupt nur zufällige Komplikationen darstellen.

Oppenheim stellt aus der Klinik Finger eine Frau mit einer ausgebildeten Form von **Atrophia cutis idiopathica** vor, die beide unteren Extremitäten einnimmt, an den Knien selbst und den Füßen aber am wenigsten ausgebildet ist, so daß für diese Art die sonst meist zutreffende Bezeichnung Herxheimers Acrodermatitis nicht paßte.

Sitzung vom 10. Mai 1905.

Vorsitzender: Prof. Mračeк.

Leiner demonstriert aus dem Karolinen-Kinderspitale:

1. Eine **Bromakne** bei einem sechsmonatlichen Kinde, das zur Beseitigung von Krampfanfällen ½—1 g Bromnatrium täglich bekommen. Im Gesichte, besonders an

den Wangen, zahlreiche hanfkorngroße Knötchen von braunroter Farbe, daneben auch am Halse, der Brust und den Extremitäten zahlreiche Pustelchen und größere, lockere, eitrige Blasen.

2. Einen **Lichen scrofulosorum**, am Stamm in vielen, zum Teil größeren Plaques angeordnet, bei einem fünfjährigen Kinde mit Spondylitis und multiplen Drüsenschwellungen. Die vielfach gereizten und schuppenden Leistenknötchen und -Plaques reichen über den Hals in die behaarte Kopfhaut hinein, deren Beteiligung auffallend ist, und wahren auch hier ihr typisches Aussehen. Auf Tuberkulininjektion trat unter hohem Fieber auch eine starke lokale Reaktion ein.

Kohn stellt aus Mračeks Abteilung einen Fall von **Herpes zoster** am Oberarm vor, der im Verlaufe einer Neuritis des Nervus axillaris auftrat, die, durch ein Trauma verursacht, zu einer Lähmung der entsprechenden Muskeln geführt hatte.

In der Diskussion besprechen Mraček, Neumann und Ehrmann das Verhältnis solcher Zostereruptionen zu Nervenaffektionen, Neuritiden, Neuralgien und Lähmungen.

Ehrmann stellt aus seiner Abteilung im Krankenhause Wieden vor:

1. Einen ausgebreiteten **Lupus erythematosus** im Gesichte mit einzelnen zerstreuten Herden in der behaarten Kopfhaut. Als Behandlung wurde die Kombination von Jothion extern und Chinin intern gewählt.

2. Eine schwere **Lues pustulosa**.

3. Einen am Stamm dicht ausgebreiteten und wohl auch mechanisch gereizten **Lichen scrofulosorum**.

4. Eine über den ganzen Körper ausgebreitete **Vitiligo**.

Weidenfeld demonstriert:

1. Bei einem Manne an den Beugeseiten der Vorderarme einen **Lichen simplex chronicus**, der sich aus zahlreichen derben, exkoriierten Knötchen zusammensetzt.

Diskussion: Nobl hält den vorliegenden Fall im Gegensatze zu der circumskripten Form von blauer Farbe und der verdickten, gerifften Oberfläche für ein chronisches Ekzem.

Ehrmann reiht es in jene Form von Ekzem, die bei bestehender Urticaria factitia zu dem Lichen simplex, der Neurodermitis der Franzosen, führt.

2. Einen **Pemphigus pruriginosus**, der seit zwei Jahren besteht und wegen der lange Zeit vorherrschenden zerkratzten Knötchen an oberen und unteren Extremitäten für einen Lichen urticatus gehalten wurde. Bald traten an einzelnen Knötchen und dann an erythematösen Scheiben Blasen mit serösem Inhalt auf.

Freund demonstriert einen **Lupus vulgaris** im Gesichte, der siebenmal sechs Minuten mit Röntgen bestrahlt wurde und deutlich gebessert erscheint. Er verfügt über zwölf Fälle eigener Beobachtung, deren Heilung vier bis fünf Jahre andauert. Schuld an den schlechten Resultaten anderer ist die Methode, fortwährend zu bestrahlen, ohne das Resultat ruhig abzuwarten.

Fasal stellt eine Frau mit **multiplen Fibromata mollusca** vor. (Aus den zahlreichen Pigmentierungen und dem geistigen Verhalten der Patientin war die Diagnose eines typischen Morbus Recklinghausen ersichtlich.)

Finger stellt vor:

1. Bei einem 40jährigen Manne eine seit drei Jahren bestehende **Erythrodermia universalis**; die Haut in toto rot, gespannt, derb infiltriert, lamellös, schuppend, die Drüsen am ganzen Körper, besonders in inguine, beiderseits vergrößert. Universelles Ekzem, Psoriasis und Lichen ruber sind auszuschließen. Wegen des Fehlens jeder Atrophie wäre wohl die Pityriasis rubra Hebrae, bei dem negativen Blutbefund die Leucaemia cutis nicht anzunehmen. Die prämykotische Hautalteration ist meist umschrieben, blässer und nicht so schuppend. Vielleicht handelt es sich um die Erythro-

dermia exfoliativa subacuta Brocqs; dagegen spricht nur die längere Dauer der Affektion. Auffallend ist bei dem Patienten noch die fettige Beschaffenheit der Haut und Schuppen.

Diskussion: Ehrmann sah einen ähnlichen Fall, der lange für ein Ekzem gehalten wurde, dann an Marasmus und Erscheinungen hochgradiger Darmatrophie wie in den Fällen Brocqs zugrunde ging.

2. Eine ausgebreitete **Urticaria papulosa** ex ingestis, die anfangs durch die Beteiligung der Streckseiten der Extremitäten einen Prurigo vortäuschte; doch bestand die Erkrankung erst ein Jahr bei dem 84jährigen Manne, die Drüsen waren nicht vergrößert. Dazu die Angabe des Patienten, daß er nach Genuß von weißem Wein immer starke Nachschübe bekomme; so eben erst den letzten mit intensivem Jucken verbundenen, als er wegen seiner Schwäche nach überstandener Pleuritis etwas weißen Wein trank.

Oppenheim demonstriert aus der Klinik Prof. Fingers:

1. Ein ausgebreitetes **Syphilid mit hypertrophischen Papeln** im Gesichte, besonders im Bereiche des Bartes, wo dieselben zerfallen sind und einer Sycosis parasitaria ähnlich sehen.

Diskussion: Mraček macht auf die Beschäftigung des Kranken, eines Maschinenschlossers, aufmerksam, der mit Feuer zu tun hat und an den der Hitze ausgesetzten Stellen so mächtige Effloreszenzen bekommt.

2. Eine schwere **Syphilis corymbosa** als Rezidiv neben Narben und Pigmentationen.

Sachs zeigt drei Fälle von **Lichen scrophulosorum** bei einem fünfjährigen und neunjährigen Knaben und einem Manne von 21 Jahren. Die am Stamm ausgebreiteten Knötchen zeigten bei $^1/_{10}$ bezw. $^2/_{10}$ mg Alttuberkulin ähnliche Lokalreaktion.

Finger zeigt eine **Roseola annularis**, die sich um Leukodermaflecken herum ausbreitet; dies ist wohl ein Beweis für die Annahme, daß diese Roseola von Resten luetischer Infiltrate ausgeht, die in der Peripherie älterer spezifischer Produkte verbleiben.

Diskussion: Ehrmann hat in einer Arbeit einen ähnlichen Fall beschrieben: einen Maler, der die Behandlung mit Hg ablehnte und an Stelle der luetischen Effloreszenzen Leukoderma und rings um dieses fortschreitende Infiltrate bekam.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 76, Heft 1. Juli 1905.

I. **Zur Identität der Parakeratosis variegata mit einigen anders benannten Krankheitsformen**, von J. Csillag-Budapest. Die Parakeratosis variegata (Unna - Santi - Pollitzer) und die Dermatitis psoriasiformis nodularis (Jadassohn) stimmen klinisch und histologisch überein, ein Unterschied gibt sich nur darin kund, daß bei letzterer die primären Effloreszenzen selbst dann noch solitär bleiben, wenn sie recht zahlreich nebeneinander zu stehen kommen, während dieselben bei ersterer so sehr zusammenfließen, ein dichtes Netzwerk bildend, daß bloß kleine Hautinselchen, als Augen dieses Netzes intakt bleiben. Nur aus diesem Grunde hält man noch beide

Krankheiten bisher auseinander. Ein Fall, den C. beobachtete, stellt evident die Identität der beiden Krankheiten fest. Es handelt sich um eine 65jährige Witwe, die genau das Bild der JADASSOHNschen Krankheit bot, was auch die histologische Untersuchung exzidierter Hautstücke ergab. Diese Effloreszenzen, die anfangs solitär waren, flossen später bei einem neuen Nachschub der Krankheit zu geraden und krummen Reihen angeordnet ineinander. Indem diese Reihen ineinander übergehen und sich vielfach berühren, bilden sie auf der Haut ein dichtes Netzwerk, welches größere und kleinere gesunde Hautpartien in sich schließt. Nach einiger Zeit verschwanden diese Effloreszenzen zum größten Teil, doch trat bald wieder eine neue Eruption auf, wobei sie jetzt überall eine netzartige Form annahmen, infolge der eigentümlichen Anreihung der einzelnen Läsionen zueinander. In diesem Falle also entsprach die zuerst beobachtete, aus isolierten Läsionen bestehende Eruption dem JADASSOHNschen Typus, während bei der folgenden Eruption die Effloreszenzen großenteils dasselbe Bild boten, wie es von UNNA bei der Parakeratosis variegata beschrieben wird. Es steht daher fest, daß beide Krankheiten identisch sind und die UNNAsche Krankheit nur eine gesteigerte Form der JADASSOHNschen darstellt, was aber nicht in jedem Falle eintritt.

II. **Zur Histologie der Melanosis lenticularis progressiva (Xeroderma pigmentosum)**, von VICTOR BANDLER-Prag-Karolinenthal. Es handelt sich um einen Fall von typischem Xeroderma pigmentosum, den PICK schon vor 20 Jahren beschrieben hat und der sich jetzt wieder vorstellte. Patient ist jetzt 24 Jahre alt. Die Affektion zeigt während der langen Dauer alle charakteristischen Symptome, wie Pigmentation, atrophische weiße Flecke, feinste Ektasien, Schuppen, Krusten, Tumoren, Hautschrumpfung, Ektropion, Konjunktivalkatarrh usw. Zur histologischen Untersuchung gelangte ein spindelförmiges Stück der Rückenhaut, das im Zentrum einen runden, linsengroßen Tumor trug und an seiner Oberfläche durch die eingelagerten pigmentierten Stellen gesprenkelt erschien, indem pigmentierte mit nichtpigmentierten punktförmigen Stellen abwechselten. Ferner gelangte ein kleines Stück einer granulationsartigen, weichen Geschwulstmasse, die aus dem linken Nasenloche hervorwucherte, zur Bearbeitung. Die Untersuchung der pigmentierten Haut zeigt, daß sich der ganze Prozeß oberflächlich in der Epidermis und im oberen Corium abspielt, woselbst man die wichtigsten Veränderungen im Epithel, an den Gefäßen und im Bindegewebe findet, während die untere Cutis und das Hypoderm intakt bleiben. Die beiden Tumoren zeigen verschiedene Bilder und Charaktere, der erste ein typisches Cancroid mit geringer Wachstumstendenz, strenger Begrenzung, fehlender Atypie der Zellen, im Bau ähnlich einem alveolären Naevuscarcinom, der zweite ein Carcinom mit unregelmäßiger Wucherungstendenz und starker Atypie sowie Degeneration. Der erste Tumor kann als Naevuscarcinom angesehen werden.

III. **Über die Verruca senilis und die aus ihr entstehenden Epitheliome**, von LUDWIG WAELSCH-Prag. Bei der histologischen Untersuchung der sogenannten Verruca senilis sind die verschiedenen Autoren (NEUMANN, BARTHÉLEMY, HANDFORT, POLLITZER, UNNA, BROCQ, JARISCH, DUBREUILH, POOR) zu verschiedenen Ergebnissen gekommen und haben auch dementsprechend diese Affektion in ätiologischer Beziehung verschiedentlich beurteilt, sie an verschiedene Stellen im System der Hautkrankheiten eingereiht und sie mit verschiedenen Namen bezeichnet. Verfasser untersuchte elf Fälle, einem jeden derselben wurden Hautstückchen exzidiert, die zumeist mehrere Effloreszenzen enthielten; die Affektion fand sich bei alten und auch bei jüngeren Leuten, wie es auch schon BROCQ feststellte. Die sogenannte Verruca senilis ist nach WAELSCHS Untersuchungen, die einzeln aufzuführen zu weit wäre, im Gegensatz zu der Meinung POLLITZERS und UNNAS kein „echter weicher Naevus". W. fand niemals in seinen

Präparaten auch nur andeutungsweise Veränderungen, welche für den Naevuscharakter geltend gemacht werden konnten. Dadurch ist auch die weitere Behauptung hinfällig, dafs es sich bei der Verruca senilis um eine seborrhoische Veränderung in derartigen Naevis handle und sie daher als Verruca seborrhoica oder Naevus seborrhoicus bezeichnet werden müsse. Im Bindegewebe wurde kein freies Fett nachgewiesen, an den Knäueldrüsen fanden sich zwar durch Osmium geschwärzte Körnchen, aber nicht reichlicher als unter normalen Verhältnissen, und was die Fettinfiltration des Epithels betrifft, so ist dieses durch Osmium geschwärzte angebliche Fett wohl nichts anderes als Pigment. Das Anfangsstadium der Verruca senilis ist ein entzündliches, auch bei den wohlausgebildeten Verrucae alter Leute, ferner auch bei den erst in Bildung begriffenen alter Individuen; sowohl in dem unter dem Epithel gelegenen Bindegewebe als auch in der Nachbarschaft der Haarfollikel und Talgdrüsen lassen lassen sich frische entzündliche Prozesse oder Residuen derselben allenthalben nachweisen, entzündliche Prozesse, welche nicht als Reaktion auf die von ihnen räumlich ziemlich getrennte und sehr langsam vor sich gehende Epithelwucherung aufgefafst werden können. Überhaupt scheint der ganze Prozefs von den Haarbälgen und Talgdrüsen seinen Ausgangspunkt zu nehmen und nichts anderes zu sein als ein seborrhoischer, freilich im anderen Sinne, als dies Unna in bezug auf die Verruca senilis seinerzeit ausgesprochen hat. Dagegen möchte W. das, was Unna bei Beschreibung des seborrhoischen Ekzems sagt, dafs nämlich bei seborrhoischen Erkrankungen „überall die Neigung zur Akanthose deutlich hervortritt", für die Deutung dieses Prozesses verwerten. Die sogenannte Verruca senilis führt ihren Namen zu unrecht, sie ist keine eigentliche Verruca und nicht senil. Sie entwickelt sich oft bei noch verhältnismäfsig jungen Individuen, sie ist ursprünglich ein seborrhoischer Prozefs, kombiniert mit sehr langsam ablaufenden entzündlichen Veränderungen, mit Akanthose und Hyperkeratose; sie würde besser Akanthosis verrucosa seborrhoica heifsen. Was die Entwicklung von Epitheliomen aus solchen Verrucae betrifft, so sind die meisten Autoren der Ansicht, dafs eine derartige Entwicklung leicht möglich ist. Nach einer Beobachtung Verfassers spielt sich die epitheliomatöse Umwandlung ausschliefslich innerhalb der ursprünglich hier vorhanden gewesenen Verruca selbst ab und geht über die basale Schicht derselben nicht hinaus. In der Verruca senilis begegnet man tatsächlich Epithelien verschiedenen Alters, welche sich auch in ihren histologischen Formen wesentlich voneinander unterscheiden, die einen gealtert, aber doch noch lebens- und proliferationsfähiger als das unter ihnen gelegene, rascher gealterte Bindegewebe, die anderen aus ihnen früher oder später entstandenen Zellkomplexe jugendlich lebenskräftig, mit sozusagen brachliegenden proliferativen Eigenschaften. Durch uns unbekannte Reize geweckt, können diese Epithelzellen zur Entstehung maligner Tumoren Veranlassung geben.

IV. **Über Syphilis und Hämorrhagie**, von Hans Vörner. Seit der ersten Veröffentlichung von Bälz 1875 ist eine Anzahl von Fällen hämorrhagischer Syphilis bekannt geworden, und zwar sekundäre und tertiäre hämorrhagische Syphilis, Purpura luetica und Mischformen zwischen beiden. Ein interessanter Fall derart wurde von V. beobachtet an einem 52jährigen Dienstmann, der vor vier Jahren Lues erworben hatte. Die Effloreszenzen auf der Haut und Schleimhaut machen bereits den Eindruck späterer Formen, während dieselben am After noch den Rezidivformen der Sekundärperiode gleichen. Die Blutungen erfolgten an der Innenseite der Arme. Es handelte sich zunächst um eine einzelne umschriebene und zusammenhängende Hämorrhagie, während die übrige Haut und die vorhandenen luetischen Effloreszenzen vollkommen frei von jeder blutigen Verfärbung waren, im Gegensatz zu den Mitteilungen früherer Beobachter, nach denen sich stets zahlreiche verteilte hämorrhagische Herde vorfanden.

In diesem Falle war die Vena cephalica erkrankt, ohne viel Beschwerden zu machen. Die erkrankte Vene befand sich im Bereiche der Hämorrhagie, und zwar in der Längsachse dieser Veränderung. Es kam im Beginn der luetischen Phlebitis zu einer Blutung.

V. **Cystodiagnostische Untersuchungen blennorrhoischer Sekrete**, von Max Joseph und M. E. O. Polano-Haag. Verfasser untersuchten die Gewebselemente der Urethritiden nach Verschwinden der Gonokokken und versuchten festzustellen, ob man in den verschiedenen Stadien der Blennorrhoe immer dieselben Zellelemente und in demselben Zahlenverhältnisse zueinander vorfinde, um aus dem mikroskopischen Befunde auf ein bestimmtes Stadium der Erkrankung oder auf eine bestimmte pathologisch-anatomische Veränderung der Urethralschleimhaut einen Rückschluſs ziehen zu können. Dabei verwandten Verfasser die Jennersche Farbstofflösung; bei dieser Methode erschienen die Granula der eosinophilen Zellen sehr deutlich rosa, die der Mastzellen violett oder blau gefärbt. Zweitens verwandten sie die Lösung von Cresylviolett in 50%igem Alkohol. Dabei treten die Mastzellen besonders deutlich hervor; ihre Granula sind mahagonibraun bis rot gefärbt. Mit diesen beiden Methoden wurden über 30 Fälle von Blennorrhoe bei Männern in den verschiedensten Stadien der Krankheit studiert. In erster Linie wurde auf das Vorkommen von uninukleären Zellen in dem Sekrete geachtet. Diese nahmen mit der längeren Dauer des Krankheitsprozesses zu, dagegen wurden in den uninukleären Zellen keine Gonokokken gefunden. Diese Zellen sind das erste Zeichen des Fortschreitens des katarrhalischen epithelialen Prozesses auf die Submucosa und zeigen den ersten Beginn des weichen Infiltrates an. Ferner studierten Verfasser die eosinophilen Zellen, von denen im Anfange der Blennorrhoe nur wenige zu finden sind, und die sich bis zum Höhepunkt der Blennorrhoe vermehren; so deutet also das massenhafte Vorhandensein von eosinophilen Zellen mit Wahrscheinlichkeit darauf hin, daſs der betreffende Krankheitsfall sich in der vierten bis sechsten Woche befindet, und dass es sich um eine echte Blennorrhoe handelt. Die Zahl der Zellen steht im umgekehrten Verhältnis zu der Zahl der Gonokokken, also erscheint eine starke Eosinophilie prognostisch günstig zu sein. Schliefslich untersuchten Verfasser die Mastzellen, welche sie in 200 Präparaten 30mal fanden bei sechs verschiedenen Fällen. Sie entsprechen keinem bestimmten Stadium der Blennorrhoe und kommen nur bei bestimmten Personen vom Anfang bis zum Ende vor.

VI. **Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen**, von St. Weidenfeld und L. v. Zumbusch-Wien. Bei Verbrennungen, wo über die Hälfte der Körperoberfläche beteiligt war, stellte sich der Tod nach 6—16 Stunden, bei einem Drittel nach 20—36 Stunden, bei einem Viertel nach 40—54 Stunden, bei einem Sechstel nach 64—82 Stunden, bei einem Achtel nach 92 Stunden ein, wenn die Verbrennung eine dritten Grades war. Bei einer zweitgradigen erfolgte der Tod bei totaler Verbrennung der Körperoberfläche nach 40 Stunden, bei einem Drittel nach 70 Stunden, bei einem Fünftel nach 120 Stunden. Der Tod tritt um so schneller ein, je gröſser die verbrannte Hautfläche ist. Das ganze Material wird tabellarisch geordnet und bearbeitet. Die Resultate decken sich mit dem oben Gesagten. Das Alter übt dabei einen Einfluſs auf die Lebensdauer aus, aber erst von einer ziemlich hohen Altersgrenze aus. Auch bestehende Krankheiten, besonders wenn sie Herz und Lunge betreffen, können die Lebensdauer verkürzen. Einige Zeit nach der Verbrennung tritt Somnolenz auf; sie tritt in geringem Grade schon einige Stunden nach der Verbrennung auf und drückt sich in den schwächsten Graden in häufigem Schliefsen der Augen aus. Schliefslich geht die Somnolenz oft in Coma über. Kinder verfallen fast sofort in diese Somnolenz, wobei auch bei kleineren Kindern fräsenartige

Krämpfe beobachtet werden, während dagegen Greise lange Zeit gar keine Bewufstseinstrübung erkennen lassen. Im allgemeinen aber springt der Beginn der Somnolenz weniger in die Augen als das zweite, wichtige Symptom, das Erbrechen. (Fortsetzung folgt.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVI, Heft 4 und 5.

Eine neue Hilfsmethode zur Diagnose und Therapie der Blennorrhoe, von Carl Alexander. Verfasser empfiehlt, in die erkrankte Harnröhre eine 1%ige Lösung von Merckschem Perhydrol einzuspritzen. Das Wasserstoffsuperoxyd bildet unter Entwicklung von Sauerstoffbläschen einen aus der Harnröhre hervorquellenden Schaum, und diese Gasentwicklung reifst die in Drüsen und Follikeln festsitzenden Gonokokken mit heraus, so dafs man sie auch in solchen Fällen noch nachweisen kann, wo sonstige Provokationsmethoden versagt haben. Als Heilmittel hat diese Methode keinen Wert, aber einen guten Einfluſs hat sie doch: das H_2O_2 wirkt als mächtiges Entgiftungsmittel durch Oxydation der Gonokokkentoxine. Eine Züchtung auf Nährböden gelingt bei Anwendung von H_2O_2 nicht, da die Gonokokken in ihrer Vitalität geschädigt sind.

Der Pneumococcus Fraenkel als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen, von Picker. (Schluſs.) In einem zweiten Falle fand Verfasser einen lanzettförmigen Diplococcus in der Harnröhre eines Kranken. Da der Diplococcus Fraenkel ein auf sämtlichen menschlichen Schleimhäuten wachsender relativ obligater Parasit ist, so kann man schlieſsen, daſs er gelegentlich auch allenthalben pathogen wirken kann und zur Entstehung einer Allgemeininfektion Anlaſs zu geben imstande ist.

Das Thiosinamin, ein Hilfsmittel in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von E. Remete. Bei der Behandlung der Strikturen durch allmähliche Dehnung oder Elektrolyse erwiesen sich zweimal wöchentlich (in die Haut des Rückens) vorgenommene Thiosinamininjektionen insofern nützlich, als dadurch eine Erweichung und höhere Dehnungsfähigkeit des Narbengewebes eintrat, die das Überspringen mehrerer Sondennummern gestattete.

Beiträge zur funktionellen Nierendiagnostik, von Reydel. Die lange und interessante Arbeit, die eine Empfehlung des Luysschen Harnsegregators enthält, eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.

Band XVI. Heft 6.

Ein Fall von angeborenem grofsen Blasendivertikel, von Ferdinand Meyer. Nach Aufzählung der bisher veröffentlichten Fälle von Divertikeln der Blase beschreibt Verfasser einen an Burckhardts Klinik von ihm beobachteten Fall. Der seit langer Zeit an Blasenbeschwerden leidende 43jährige Patient trat mit den Erscheinungen eines heftigen Blasenkatarrhs mit zersetztem Urin in Behandlung. Cystoskopisch fand man in der ausgesprochenen Trabekelblase rechts seitlich einen tiefen Recessus, dessen Öffnung schwarz und gähnend erscheint. Führt man den Cystoskopschnabel hinein, so kommt erst ein dunkler Gang, dann eine helle Übergangsfalte und dann befindet sich das Cystoskop in einem mit roter Schleimhaut ausgekleideten Hohlraum. Die Diagnose auf Divertikel wurde durch die Sektion bestätigt, nachdem Patient anderwärts urethrotomiert und gestorben war. Es findet sich ein mandarinengroſses Divertikel, das durch eine für den Finger durchgängige Öffnung mit der Blase in

Verbindung steht. Die Behandlung des Divertikels kann nach Verfasser nur eine operative sein, entweder mittels Bauchschnitt oder sakral mit temporäser Kreuzbeinresektion.

Inwieweit beeinträchtigt eine Bougiekur die Erwerbsfähigkeit? von C. Posner. Verfasser hatte als Obergutachter für eine Berufsgenossenschaft einen Patienten zu begutachten, der eine Beckenfraktur mit Zerreifsung der Harnröhre erlitten hatte. Der erste Gutachter hatte die Rente auf 30% abgeschätzt, aber für die Behandlungszeit 60% angenommen, da der Patient bougiert werden mufste und jedes Bougieren eine direkte Gefahr für die Blase in sich schliefse, auch in dem Patienten mit Recht ein Gefühl von Unrüstigkeit und Kranksein errege. Hiergegen wendet sich Posner, indem er ausführt, dafs die Gefahren einer Bougiekur gering seien, und dafs andere Patienten, die nicht Rente bezögen, während einer Bougiekur schwer arbeiteten, also nicht sich unrüstig fühlten.

Zur physikalischen Therapie des Harn- und Geschlechtsapparates, von Laskowski. Verfasser empfiehlt den von ihm angegebenen Apparat zur Zittermassage der Prostata mittels einer dicken Metallspiralfeder, die an den Afteransatz bezw. die Metallsonde angeschraubt wird. Zum Bestreichen der Sonden empfiehlt er eine Salbe von Heidelbeerextrakt.

Die Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis und Prostatitis mit Moorbädern und Moorumschlägen, von Schmincke. Verfasser sah in Bad Elster eine auffallende Besserung frischer und älterer blennorrhoischer Epididymitis und Prostatitis (drei Fälle), die er aufser mit Massage mit den dortigen Moorbädern und Umschlägen um das Becken behandelte. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band VIII, Heft 10. Juli 1905.

I. **Die Syphilisforschung und das Vererbungsproblem,** von F. B. Solger-Neisse. Die Anschauungen Matzenauers über Vererbung der Syphilis haben einen grofsen Streit hervorgerufen; unter anderen sucht auch Jesionek durch Beschreibung zweier einschlägiger Fälle die Unhaltbarkeit von Matzenauers Ansicht festzustellen. Diese beiden Fälle beleuchtet Solger und betont, dafs sie nach seiner Ansicht nicht gegen Matzenauer beweisend sind. Jesioneks Thesen lauten: 1. Das Sperma eines Syphilitikers kann Kontaktinfektion bewirken. 2. Das Sperma kann die Syphilis vom Vater auf die Frucht übertragen; es gibt eine paterne Vererbung. 3. Es gibt einen Choc en retour. Gegen Satz 1 ist theoretisch nichts einzuwenden. Der von Jesionek beschriebene Krankheitsfall kann eine solche Deutung zulassen; der Versuch, die Prädilektionsstelle des Primäraffektes beim Weibe auf Spermainfektion zurückzuführen, ist unhaltbar. Satz 2 und 3 werden durch den geschilderten Krankheitsfall in keiner Weise bewiesen. Weiter bemerkt Solger, dafs man zwischen „hereditär" und „kongenital" scharf unterscheiden müsse; er schlägt vor, das Wort „hereditär" nur noch dann anzuwenden, wenn damit gesagt werden soll, dafs man es mit einer Erscheinung zu tun hat, die bereits vor der Vereinigung von Samen und Eizelle in einer von beiden vorhanden gewesen sei. Alle anderen Fälle mufs man mit dem Namen „kongenital" bezeichnen. Mag die Syphilisforschung tatsächlich einmal Fälle konstatieren, in denen das Sperma als Infektionsüberträger wirksam war: das Problem der Vererbung wird dadurch in keiner Weise berührt.

II. **Eine Verbesserung an den Suspensorien,** von Arthur Strauss-Barmen. Str. liefs Suspensorien mit auswechselbaren Schenkelbändern herstellen, damit diese bei Beschmutzung leicht gewechselt werden können. Zum Suspensorium selbst wird

ein strumpfartig gewirktes Trikotgewebe benutzt, das, aus einem einzigen Faden erzeugt, in wellenförmiger Krümmung verläuft und hierdurch eine nach allen Seiten wirkende Elastizität erhält. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 7.

1. **Eigentümliche Veränderung der Haut über einer Meningocele**, von M. Wolters. W. fand in der Haut über einer Meningocele im verbreiterten Corium eine grofse Zahl von glatten Muskelfasern, die zumeist parallel zur Hautoberfläche verliefen. Sie bildeten dicke Massen und breite Züge, von denen spärliche und zarte Ausläufer mehr senkrecht in die Höhe zum Papillarkörper hin verliefen. Im mittleren und unteren Teil des Coriums war die Muskulatur von einer Mächtigkeit, wie man es bei Myomen der Haut zu finden pflegt; die Fasern kreuzten sich wie bei diesen vielfach. Die sämtlichen Muskelmassen, die sich in den verschiedenen Richtungen durcheinander schlangen, bildeten ein ziemlich dichtes Flechtwerk, in welchem rechteckig oder rautenförmig begrenzte Abschnitte des Coriumbindegewebes lagen. Die Haut wies an einer umschriebenen, etwa zehnpfennigstückgrofsen Partie Decubitus auf; die Muskelelemente waren an dieser Stelle durch entzündliche Produkte dicht infiltriert, sonst aber intakt, Zeichen von Atrophie der Gewebe fehlten. Die Media der Gefäfse war stärker entwickelt als in der Norm und zellreich; aus ihr erstreckten sich zarte Fortsätze in die Muskelmassen hinein. Haare fehlten in der untersuchten Hautpartie fast vollständig, Talgdrüsen fanden sich nur ganz vereinzelt, Schweifsdrüsen in sehr geringer Zahl. Ein Teil der Muskelbündel stand mit den Arrectores pilorum der wenigen vorhandenen Haare in Verbindung; die grofse Zahl der übrigen muskulären Bildungen aber ging aller Wahrscheinlichkeit nach von der Muscularis der Gefäfse aus. Ihre eigentümliche Anordnung in flächenförmig sich durchflechtenden Massen scheint darauf hinzudeuten, dafs sie bestimmten Verhältnissen, wie sie gerade bei der Meningocele sich finden, ihre Entstehung verdanken. Eine Meningocele wirkt nämlich nicht nur durch ihr Volumen, d. h. durch Druck auf die Haut, sondern auch durch die Pulsation; sie strebt, die Haut intermittierend auszubuchten. Diese antwortet darauf mit Hypertrophie desjenigen Gewebes, das am meisten geeignet ist, sich Druckschwankungen anzupassen, d. i. des Muskelgewebes, welches sich bei jedem Anstofs des pulsierenden Tumors kontrahiert, dadurch die Schädigung, welche die Haut treffen sollte, abfängt und so einer Vergröfserung der bereits vorhandenen Ausbuchtung direkt entgegenwirkt. Es handelte sich also um eine kompensatorische Hypertrophie der glatten Muskelfasern in der Haut. Der vorhandene Decubitus war wohl bedingt durch eine Läsion, die infiziert zu dem Ulcerationsprozefs führte.

2. **Zur Röntgenbehandlung der Sycosis simplex**, von G. Scherber. Sch. hat in einem Falle von Sycosis simplex, der mit Röntgenstrahlen behandelt und durch fünf Sitzungen zur Heilung gebracht wurde, vor und nach der Bestrahlung histologische Untersuchungen vorgenommen. Er fand vor der Bestrahlung ein unter stark entzündlicher Hyperämie und dichter, stellenweise bis zur Abscefsbildung gesteigerter Rundzelleninfiltration stehendes Gewebe; die erkrankte Hautpartie war hell gerötet und stand unter einem durch den Entzündungsreiz bedingten starken Blutzufluls. In den Epithelabscessen fanden sich Kokken, die sich als Staphylococcus pyogenes aureus erwiesen. — Nach der Bestrahlung hat die aktive Hyperämie einer starken passiven Stauungshyperämie Platz gemacht, als deren objektive Symptome die dunkelrot-livide Verfärbung der ganzen Hautpartie und die starke, mehr venöse Blutung bei der Exzision des zu untersuchenden Hautstückes erschienen. Im mikroskopischem Bilde fand die Stauung ihre anatomische Erklärung durch die Erschlaffung der stark ödematösen

Gefäfswände, wobei es zu einer Herabsetzung des Tonus der Gefäfswand, passiver Erweiterung und damit zur Verlangsamung des Blutstromes kam. Kokken waren nach der Bestrahlung nicht mehr zu sehen. Ihr rasches Verschwinden mufs als ursächliches Moment für den Rückgang des Prozesses unter der Röntgenbehandlung angesprochen werden. Dafs die Röntgenstrahlen Bakterien im Gewebe direkt töten, ist nicht sehr wahrscheinlich; dagegen kommt für die Beseitigung der Infektion die intensive lokale Reaktion der Haarscheiden und Papillen in Betracht, auf deren zellige Elemente die Röntgenstrahlen eine geradezu spezifische Wirkung ausüben. Durch diese Reaktion werden am Hauptinvasionsort der Erreger die Lebensbedingungen für diese sicherlich verschlechtert, wobei auch das mechanische Moment, das in der Lockerung und Abstofsung des Haares besteht, gewifs mit eine Rolle spielt. Andererseits mufs an die resorptionsbefördernde Lymph- und Blutstauung gedacht werden; sie wirkt analog der Bierschen Stauungshyperämie. Ihre Ursache ist hauptsächlich in der direkten oder indirekten Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Gefäfswände zu suchen.

3. **Ein Fall von blennorrhoischer Myelitis**, von M. Bloch-Berlin. Bei einem 23jährigen, seit vier Wochen an Blennorrhoe leidenden Manne trat, begleitet von heftigen gürtelförmigen Schmerzen im Leib und in den Seiten, vollständige Harnretention auf, die aber dem Patienten fast gar keine Beschwerden verursachte; gleichzeitig stellte sich Inkontinenz ein und zwei Tage später eine spastische Parese des linken Beines mit erheblicher Steigerung der Reflexe (Patellarklonus) und geringfügigen Sensibilitätsstörungen. Erektionen blieben mit Beginn der Blasenstörungen vollkommen aus. — Es handelte sich zweifellos um einen kleinen, auf die linke Seite des unteren Dorsalmarks beschränkten myelitischen Herd blennorrhoischen Ursprungs. Ob diese Myelitis blennorrhoica eine echte, durch den Gonococcus hervorgerufene oder eine durch Mischinfektion mit Eitererregern bedingte Affektion war, kann Bl. ebensowenig entscheiden, wie diejenigen Autoren, die analoge Fälle beobachtet haben.

Der Verlauf der Affektion war ein relativ günstiger; es blieb nur eine Schwäche des Beines mit leichten spastischen Erscheinungen und Steigerung der Reflexe zurück, alle übrigen Symptome verschwanden; auch Erektionen stellten sich wieder ein.

4. **Beitrag zur operativen Behandlung des Hirngumma und der syphilitischen Schädeldachnekrose**, von Voss-Breslau. V. gibt einen Überblick über die bisherige Literatur über Gehirn- und Schädeldachlues; aus den Publikationen scheint ihm folgendes hervorzugehen:

1. Das völlige Versagen einer angeblich selbst energischen antiluetischen Kur gegenüber den hirnluetischen Symptomen; fast durchweg bestand die sogenannte energische antiluetische Behandlung in einer Inunktionskur.

2. Der Sitz der pathologischen Veränderungen im Gehirn wurde trotz sorgfältigster Lokalisationsversuche in mehreren Fällen nicht richtig diagnostiziert. Namentlich wurde die mit Jacksonscher Epilepsie vergesellschaftete gummöse Erkrankung des Stirnhirnes mehrfach für eine Erkrankung der motorischen Region gehalten.

4. Fast sämtliche Autoren raten, bei Erfolglosigkeit der antiluetischen Therapie nicht zu lange mit der Operation zu zögern, die dann als das einzige Erfolg versprechende therapeutische Mittel anzusehen ist.

V. berichtet dann weiter über eine 71jährige Frau mit ulceroserpiginöser Lues des Kopfes, umfangreicher Nekrose des Schädeldaches, ausgedehnter gummöser Erkrankung des Stirnhirns und sekundärer circumskripter Meningitis. Bei der Kranken wurde die ganze nekrotische Partie des Schädeldaches reseziert, die Dura gespalten und das gummöse Gewebe nach Möglichkeit entfernt; die nächsten Folgen der Operation waren sehr gute, doch erlag die alte Frau am sechsten Tage einer hypostatischen Pneumonie.

Zum Schlusse teilt V. noch die Krankengeschichte einer 39jährigen Patientin mit, die mit ulcero-serpiginöser Spätlues, einem zerfallenen Gumma auf dem linken Scheitelbein und Nekrose des Schädeldaches in Behandlung kam. Die Frau litt seit einigen Jahren an Schwindelanfällen und Sprachstörungen und hatte wiederholt Injektionskuren ohne nennenswerten Erfolg durchgemacht. Die in mehreren Sitzungen vorgenommene Entfernung der luetischen Sequester aus dem Scheitelbein brachte alle Krankheitserscheinungen dauernd zum Verschwinden.

Die häufigen Angaben der Autoren über „energische Inunktionskuren" veranlassen V., seiner Meinung dahin Ausdruck zu geben, dafs Inunktionskuren als „energische" antiluetische Kuren überhaupt nicht zu bezeichnen sind; sie bleiben bei Hirnsyphilis zumeist ganz erfolglos. Man mufs in solchen Fällen unbedingt Kalomelinjektionen machen. (V. benennt in diesem Aufsatze die eine Patientin mit ihrem vollen Namen, die andere Patientin wird sehr deutlich bezeichnet. Das ist zum mindesten doch durchaus überflüssig. Mit Recht warnt Neuhaus-München im gleichen Heft der „*Derm. Zeitschr.*" in einer kurzen Notiz vor derartigen Indiskretionen, die für den Autor unter Umständen auch recht unangenehme Folgen haben können. Ref.)

Göts-München.

Mitteilungen aus Finsens Medicinske Lysinstitut in Kopenhagen.
Deutsche Ausgabe. Verlag von Gustav Fischer-Jena.
1905. Heft 9.

Das vorliegende Heft eröffnet ein weihevoller Nachruf auf Finsen, den zu früh Verstorbenen, aus der Feder Gunni Busks. Auch schmückt das Heft ein vorzügliches Bild des bahnbrechenden Forschers.

1. Die wissenschaftlichen Artikel eröffnet Waldemar Bie mit einer Abhandlung über die Frage: **Ist die bakterizide Wirkung des Lichts ein Oxydationsprozefs?** Die keimtötende Wirkung des Lichtes bedarf nicht unbedingt der Anwesenheit von Sauerstoff und ist in diesem Sinne kein eigentlicher Verbrennungsvorgang. Wenn das Licht die äufsersten ultravioletten Strahlen des elektrischen Bogenlichts, die nicht Glas, wohl aber Bergkristall zu durchdringen vermögen, so hängt die keimwidrige Wirkung des Lichts nur in geringem Grade von der Anwesenheit von Sauerstoff ab. Hierbei ist es ganz gleichgültig, ob es sich um eingetrocknete, in destilliertem Wasser aufgeschwemmte oder auf der Oberfläche einer feuchten Agarplatte liegende Bakterien handelt. Der Unterschied zwischen der Widerstandskraft der Keime in Wasserstoff und atmosphärischer Luft steigt dann, wenn das Licht, indem es durch Glas hindurchgeschickt wird, seine ultravioletten Strahlen verliert. Mufs es aufser dem Glas noch eine Schicht von Agar passieren, so dafs es auch noch einen Teil der übrigen chemischen Strahlen einbüfst, so steigt dieser Unterschied bedeutend. Mit abnehmendem chemischen Strahlengehalt des Lichts steigt die Abhängigkeit der keimwidrigen Wirkung des Lichtes vom Zutritt der Bakterien zum Sauerstoff.

2. Der gleiche Autor veröffentlicht des weiteren Untersuchungen über die Frage: **Ist die bakterizide Fähigkeit des Lichtes auf eine direkte Einwirkung auf die Bakterien oder auf eine indirekte Einwirkung durch Entwicklung eines bakteriziden Stoffes im Nährsubstrate zurückzuführen?**

Aus vorhergehenden Untersuchungen ist zu schliefsen gewesen, dafs die Belichtung in den gewöhnlichen Nährsubstanzen antiseptische Eigenschaften entwickelt. Doch lagen noch keine sicheren Ergebnisse vor. Bie untersuchte nunmehr, ob durch die Beleuchtung der Nährsubstrate Wasserstoffsuperoxyd erzeugt wird und ob dieses eventuell zur Abtötung der Keime führen kann, beziehentlich ob sich diese keim-

widrige Wirkung mit einer direkt bakteriziden der Strahlen vergesellschaftet. Bie kommt dabei zu dem Schlusse, daſs es sich tatsächlich um Wasserstoffsuperoxyd handelt, welches bakterizid wirkt. Es bildet sich dasselbe aber nur in Flüssigkeiten, die zusammengesetzte organische Stickstoffverbindungen enthalten. Reduzierende Stoffe, wie z. B. milchsaures Natrium, verhindern diese Bildung. Die Menge des entstehenden Wasserstoffsuperoxyds hängt direkt von der Lichtstärke wie von der Stärke der Lösung ab, und zwar wird die Bildung des Wasserstoffsuperoxyds durch die chemischen Strahlen des Lichts hervorgerufen, während die Glas nicht durchdringenden äuſsersten ultravioletten Strahlen fast keine derartige Wirkung aufweisen. Da jedoch die Abtötung von Keimen wie Bacillus prodigiosus, wenn sie in destilliertem Wasser aufgeschwemmt sind, schneller erfolgt als in Nährlösungan, so kann man daraus schlieſsen, daſs die keimtötende Kraft des Lichtes durch die direkte Einwirkung auf dieselben ausgeübt wird.

3. **Die desinfizierende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds**, von Waldemar Bie. Verfasser kommt auf Grund vielfacher Versuche zu dem Schlusse, daſs das Wasserstoffsuperoxyd eine ganz bedeutende bakterizide Wirkung entfaltet.

4. **Über die Verteilung bakterientötender Strahlen im Spektrum des Kohlenbogenlichts**, berichtet Sofus Bang.

5. **Über den Einfluſs des Lichtes auf tierisches Gewebe**, von Dreyer und Jansen.

An Kaulquappen beobachteten die Verfasser folgende Resultate der Beleuchtung im Gewebe. Zuerst tritt Gefäſserweiterung und Hyperämie auf, hierauf reichliche seröse Infiltration sowie Thrombenbildung der oberflächlichen Kapillaren und kleineren Gefäſse. Erst später fängt eine ziemlich geringe Einwanderung von Leukocyten an, von den tiefer liegenden, nicht thrombosierten Gefäſsen her. Gleichzeitig hiermit nimmt die Reparationsarbeit ihren Anfang und wird insgemein innerhalb etwa einer Woche beendet sein.

6. **Über die Pathogenese des Buchweizen-Exanthems**, von Gunni Busk.

Der Buchweizenausschlag ist eine Hautkrankheit des mit Buchweizen gefütterten Rindes, des Schafes und Schweines, welche nur nichtpigmentierte Stellen des Felles befällt. Der Buchweizen enthält einen fluoreszierenden Farbstoff, der bei den übrigen Futterpflanzen fehlt. Das Buchweizen-Exanthem ist also einer direkten Wirkung des Lichtes auf die sensibilisierte Haut zuzuschreiben.

7. **Die Wirkung des konzentrierten elektrischen Bogenlichts auf Chymosin, Chymosinogen und Antichymosin**, von Schmidt-Nielsen-Stockholm.

Sowohl Chymosin wie Chymosinogen als auch die Antikörper des Blutserums werden durch das konzentrierte elektrische Bogenlicht leicht beeinfluſst. „Wenn es gelingt, eine starke Lichtquelle mit einer konstanten Menge von ultravioletten Strahlen zu erhalten, so wird man darin ein neues Hilfsmittel besitzen, um die Enzyme, Proenzyme und Antienzyme für sich, sowie in ihrem gegenseitigen Verhalten näher zu studieren.“ *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen
der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
1905. Band III. Heft 1.

1. **Unserem Vorsitzenden.** Abschiedsgrüſse und Wünsche besten Gelingens aller weittragenden Pläne für den nach dem fernen Osten zur Erforschung der Syphilis auf Expedition befindlichen Geheimrat Neisser.

2. **Zur Aufklärung der Jugend über geschlechtliche Dinge in der Schule.** Die Zeichen der beginnenden Geschlechtsreife, Menstruation und Pollutionen, also im jugendlichen Körper selbst gebildete Erscheinungen, zwingen den Geist des Jünglings und der Jungfrau, über das geschlechtliche Moment ihrer selbst nachzudenken. Und zu solchen Zeiten sollten die jungen Menschenkinder schon entsprechende Belehrung erfahren. Erfolgt die Aufklärung nicht durch berufene Faktoren, so erfolgt sie durch unberufene, wie Mitschüler und Mitschülerinnen. Und die gemachte Erfahrung wird von den Kindern selbst als „unanständiges Geheimnis" empfunden, zumal die Wissenden ihre Kentnisse von den natürlichen Dingen wohl stets mit allerlei Zutaten versehen zum besten geben. Dadurch wird der ganze Gegenstand zum Mittelpunkt einer reichen Phantasie. Die einen Knaben kommen so zur Masturbation, die anderen halten nächtliche Samenergüsse für Unzucht und glauben sich deswegen Vorwürfe machen zu müssen. Es ist also ein Erfordernis, die geschlechtlichen Dinge der heranwachsenden Jugend in ernster, harmloser Art und Weise zu erklären. Geschehen muſs dies vor allem auf dem Wege des Unterrichts in der Naturkunde, also in der Schule. Neben der äuſseren Form sind auch die Lebensvorgänge bei Pflanze und Tier den Kindern zu schildern. Die Fortpflanzung in der Pflanzenwelt ist genau zu besprechen. Und ebenso ist bei den Tieren neben den anderen Organen den Geschlechtsorganen die nötige Besprechung zu widmen. Auch die Fortpflanzung in der Tierwelt — in der aufsteigenden Reihenfolge Reptilien, Vögel, Säugetiere — ist zu lehren. Die Kinder wissen dann genug über die Vorgänge beim Menschen, ohne daſs die Zeugung auch beim letzteren selbst berührt zu werden braucht. Sie wissen dann auf Grund von Analogieschlüssen das Nötige. Diese Kenntnis jedoch wird ihnen nicht als Geheimnis, gar als Verbotenes erscheinen, sondern als ein Teil ihres Wissens. Die Eltern werden vorerst nicht berufen sein, diese Aufklärungsarbeit der Schule zu übernehmen. Zur Unterstützung der Lehrerschaft auf obigem Wege wäre vielleicht ein von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten herauszugebender Leitfaden zum Unterricht über das Geschlechtsleben der Pflanzen und Tiere ins Auge zu fassen. Hinzu kommen müſste für die mittleren und oberen Klassen der höheren Schulen sowie die Fortbildungsschulen ein Unterricht in der Gesundheitslehre und -Pflege, gegeben entweder vom Schularzt oder von einem hygienisch vorgebildeten Lehrer.

3. **Vom internationalen abolitionischen Kongreſs in Dresden, 22. bis 24. September 1904,** von Kampffmeyer. Aus dem Bericht ist ersichtlich, daſs die Neisserschen Sanitäts-Kommissionen vom Kongreſs abfällig beurteilt wurden. Man glaubte, sie würden bald polizeilichen Anstrich gewinnen und „vermieden es, den Weg einer allgemeinen, auf beide Geschlechter ausgedehnten sanitären Gesetzgebung zu gehen". Kampffmeyer beantragte in einem längeren Referate die gesetzliche Einführung der unentgeltlichen Behandlung durch leistungsfähige, den Krankenkassen nachgebildete Kassen für alle Geschlechtskranken beider Geschlechter. Diese neuen Kassen müſsten Krankengeld oder Unterhalt, unentgeltliche freigewählte ärztliche Behandlung und freie Heilmittelverabreichung gewährleisten. Da die Geschlechtsleiden hauptsächlich in den Groſsstädten herrschten, könnte nach Kampffmeyer diese neue Gesetzgebung sich auf Groſsstädte, Hafenstädte und Fremdenverkehrsstädte beschränken. Der zu beschreitende Weg wäre eine Erweiterung, ein Ausbau in angeregtem Sinne des schon vorhandenen Gesetzes zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Durch dies erwähnte Gesetz müſste erklärt werden können, daſs der und der Ort venerisch verseucht ist, daſs sich daselbst jeder Geschlechtskranke zur Vermeidung von Strafe ärztlich behandeln lassen muſs, daſs zur Durchführung dieses Behandlungszwanges Sanitäts-Kommissionen gebildet werden, welche aus Ärzten und Behördevertretern zu bestehen hätten.

1905. Band III. Heft 2 und 3.

1. Schreiben des Vorsitzenden Geh. Rat Neisser an die beiden anderen Vorstandsmitglieder der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Neisser, welcher bekanntlich zur Erforschung der Syphilis sich nach dem fernen Osten begeben hat, richtet ein Schreiben aus Batavia an Lesser und Blaschko. Der Inhalt ist hochinteressant, da er uns über die erste Tätigkeit der Expedition aufklärt. Neisser gedenkt in Batavia zu bleiben. Zwar müssen dahin die benötigten Affen aus Borneo, Sumatra oder von Singapore importiert werden, allein die zu Gebote stehenden Hilfsmittel sind reichlicher, als sie es an den genannten Orten sein würden. Auch auf Java ist es schwer, die Affen — hauptsächlich sind es Orang-Utangs und Siamanjos (Gibbons) — am Leben zu erhalten. Sie sterben genau wie in Breslau an Dysenterie, die scheinbar einen mit dem Breslauer identischen Bacillus coli zum Erreger hat. Merkwürdigerweise fehlte es Neisser an frischen Syphilisfällen zu Impfungen. Die Eingeborenen beachten die verhältnismäfsig schmerzlosen Primäraffekte und sekundären Symptome der Lues gar nicht und kommen höchstens wegen tertiärer Prozesse zum Arzt. Tertiäre Syphilis ist deshalb auch in Batavia viel zu sehen. Aber trotz Garnison und Prostitution ist doch ein Primäraffekt etwas ebenso Seltenes wie ein Kondylom oder eine Plaque der Schleimhäute. Tertiäre Haut- und Knochenlues gibt es, wie gesagt, zahlreich, auch trockene sekundäre Syphilide. Die Aufgabe Neissers ist es vorläufig, den Ablauf einer Syphilis bei Orangs und Gibbons zu beobachten. Er will auf einer der vielen winzigen Inselchen um Batavia herum, die völlig unbewohnt sind, geimpfte Tiere aussetzen. Vielleicht bleiben diese Tiere eher am Leben und können nach ein- bis zwei Jahren eingefangen oder abgeschossen werden, um aufs neue untersucht zu werden. Ferner will Neisser sich der Prüfung einer Immunisierung und Schutzimpfung zuwenden. Die von Metschnikoff behauptete angeblich gelungene Immunisierung eines Schimpansen durch Impfung mit dem Syphilisgift eines niederen Affen, eines Makaken, erkennt er nicht als bewiesen an. Zwar hat dieser Schimpanse des Pariser Forschers nur geringe primäre Prozesse aufgewiesen und ist bis zu seinem Tode von sekundären Erscheinungen freigeblieben, hat auch auf Impfung mit Menschensyphilis nicht reagiert, aber er kann ebensogut eine leichte Syphilis akquiriert und deshalb nachträglich auf Menschensyphilis nicht reagiert haben. Des weiteren will Neisser ein Serum zu gewinnen suchen. Die Resultate der Versuche wird Neisser nicht selbst abwarten, sondern seinem Assistenten Bärmann und einem sich demnächst zur Ausreise anschickenden Assistenten aus Breslau überlassen. Zum Schlufs plaudert Neisser über die Prostitution in Java. Das Land hat 28 Millionen Bewohner. Wo viele Arbeiter in Industriestädten oder auf Plantagen zusammenströmen, da entwickelt sich die Prostitution. Das Militär hat im allgemeinen mit der letzteren geringe Berührungspunkte, weil die Soldaten vielfach verheiratet sind und es ihnen andererseits erlaubt ist, selbst ohne Ehelichung mit Frauen in der Kaserne zusammenzuleben. Wo die Prostitution in Masse auftritt, wird sie auch reglementiert und gesundheitlich beaufsichtigt. Kontrolle und Truppengesundheit entsprechen sich aber keineswegs. Eingeschrieben werden nur die sich freiwillig meldenden Mädchen, die meist Japanerinnen sind. Letztere werden auf dem Wege des Mädchenhandels importiert. Die Ausbeutung im Bordell ist angeblich ungeheuer. Dirnen, die ohne Einschreibung sich gewerbsmäfsig der Unzucht hingeben, werden bestraft. Trotzdem ist die geheime Prostitution aufserordentlich verbreitet. Untersuchungen auf Gonokokken werden bei der Kontrolle wie selbst im Krankenhaus nicht vorgenommen. Auch hier sieht man fast nie die geschwürige Luesformen, was wohl auf Konto der äufserst grofsen Reinlichkeit der Leute zu setzen ist. Die Japanerinnen haben keine Zuhälter und leben stets lebhaft

untereinander; die malayischen Prostituierten besitzen stets einen Zuhälter, obwohl auch sie in Bordellen wohnen.

2. **Zweiter Kongreſs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,** abgehalten in München am 17. und 18. März 1905. Ein ausführlicher Bericht hierüber ist in den Monatsheften schon erschienen.

Hopf-Dresden.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1904/05. Band III. Nr. 5 und 6.

1. **Die Wohnungsmiſsstände im Prostitutions- und im Schlafgängerwesen und ihre gesetzliche Reform,** von Paul Kampffmeyer. Seine umfangreiche Arbeit beginnt der Verfasser mit Beantwortung der Frage, welche Wohnungen die Verbreitung venerischer Krankheiten am meisten begünstigen. Die Antwort ist keine leicht zu gebende. Auf dem Lande zum Beispiel gibt es vielfach überfüllte Wohnungen, daneben auch ziemlich freien ausgedehnten Geschlechtsverkehr und doch wenig Geschlechtskrankheiten. Recht lehrreich sind Zahlen, die einerseits nach der preuſsischen Statistik die Dichtigkeit des Wohnens der Bevölkerung und andererseits die Verbreitung der Venerie kennzeichnen. Auf eine Haushaltung entfielen in der Stadt Berlin 4,01 Personen, in Köslin 5,11, in Trier 5,23, in Münster 5,57 Personen. Auf 10 000 Erwachsene (Guttstadt, 30. April 1900) waren in der Stadt Berlin 91,18 Personen, in Köslin 4,23 Personen, in Trier 10,81 und in Münster 3,13 venerisch. Münster also mit der gröſsten Zahl der Teilhaber eines Haushalts hat die geringste Verhältnisziffer für Geschlechtskranke. Nach den Umfragen der allgemeinen Sittlichkeitskonferenz ist es gewiſs, daſs der voreheliche Geschlechtsverkehr auf dem platten Lande gang und gäbe ist und oft schon nach der Konfirmation betrieben wird. Das gleiche ist in Dänemark der Fall. Die dänische Statistik ergibt aber für das platte Land recht niedrige Zahlen für Venerie, nämlich 0,38 von 1000 Köpfen der Bevölkerung (gegen 3,02 auf 1000 in den Provinzstädten und 20,1 auf 1000 für Kopenhagen). Nicht die reiche Kopfzahl im Haushalt trägt nun, sagen manche, die Schuld für bestehende Venerie, sondern die Anwesenheit von Schlafgängern im Haushalt wird dafür verantwortlich gemacht, doch betont Kampffmeyer, daſs gerade die das Schlafgängertum bildende Arbeiterschaft lange nicht so stark geschlechtskrank ist wie z. B. Kaufleute und Studenten. Dies kommt daher, daſs der Arbeiter fast nie mit Prostituierten verkehrt, sondern nur mit seinen Arbeitsgenossinnen. (Es sei dem Referenten gestattet, einen Satz aus Kampffmeyers Ausführungen abzudrucken, der ihm allerdings grundlegend angriffsbedürftig erscheint: „Der auſsereheliche Verkehr der Arbeiter und Arbeiterinnen mag sich nun ... als eine schwere Schädigung der Sittlichkeit darstellen, vom Standpunkte des Hygienikers, der nur der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu Leibe gehen will, kann er als unschädlich gelten.“ Der Berichterstatter als Arzt einer der gröſsten Ortskrankenkassen Deutschlands vermag nur eine sehr starke Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter männlicher wie weiblicher, ja sogar der verheirateten Arbeiterschaft festzustellen. D. Ref.) Das Schlafgängertum begünstigt also wohl den auſsereheliehen Verkehr, nicht aber das Ansteigen der Geschlechtsseuchen. Dem Schlafgängerwesen fallen andere Momente zur Last, Momente hygienischer, geistiger und sittlicher Verfehlungen. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Regierungsbezirk Arnsberg ist lehrreich. Überwiegend die vier Städte Bochum, Dortmund, Gelsenkirchen und Hagen nehmen daran teil. Von am 30. April 1900 gezählten 832 Venerischen dieses Kreises entfallen auf obige vier Städte, die nur 16% der Kreisbevölkerung umfassen, doch 60% der Geschlechtskranken. In allen vieren aber

existiert eine kontrollierte Prostitution. Mit der letzteren und der geheimen Prostitution hängt also die Verbreitung der Venerie zusammen, nicht im geringsten aber mit dem Schlafgängerwesen. Der Kampf hat sich also gegen die Prostituierten und ihre Lebens- und Wohnungsverhältnisse zu richten. Im Oktober 1903 erliefs die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ein Rundschreiben an die Magistrate und Polizeidirektionen der deutschen Grofs- und Mittelstädte und bat um Auskünfte über getroffene Mafsnahmen zur Beseitigung des engen Zusammenwohnens und der durch das Schlafgängertum entstandenen hygienischen Übelstände sowie über die Schritte, die gegen die Durchseuchung der Bevölkerung durch das Prostituiertentum getan worden sind. Von 33 Grofsstädten haben 29 geantwortet, ausgeblieben sind nur die Antworten von Berlin, Hamburg, Düsseldorf und Braunschweig. Doch sind ja die Verhältnisse gerade der ersten beiden dieser vier Städte hinreichend bekannt. Von den Mittelstädten zwischen 100 000 und 50 000 Einwohnern fehlten nur sechs Städte, Beuthen, Altendorf, Linden, Ludwigshafen, Metz und Spandau; doch liefsen sich die Verhältnisse in allen bis auf Linden und Altendorf anderweitig ermitteln. Von 19 Städten mit einer Einwohnerzahl zwischen 40 000 und 50 000 hatten 15 geantwortet, doch liefsen sich auch hier die Verhältnisse zweier weiterer auf anderem Wege feststellen. Die Umfrage ergab ein gutes Bild des Wohnungswesens der Prostituierten. Fast alle Polizeivorschriften beabsichtigen, das Wohnen der Dirnen möglichst unauffällig zu gestalten. Fast überall sollen dieselben nicht in der Nähe von Kirchen, Schulen und anderer öffentlicher Gebäude, ferner nicht in den verkehrsreichsten Strafsen wohnen, keine Parterrewohnungen und Zimmer in Vorderhäusern haben. Vielfach soll die Prostitution auch auf ganz bestimmte Strafsen verwiesen werden oder nur in bestimmten Häusern Wohnung nehmen. (Kasernierung bezw. Bordellsystem.) Es folgen nun in Kampffmeyers Abhandlung in recht ausführlicher Weise die Schilderungen des Wohnens und des Lebens der Dirnen in den Grofsstädten und Mittelstädten, welche Antworten eingesandt haben, beziehentlich bei denen diese Verhältnisse sonstwie bekannt geworden sind. Zum Schlusse kommt der Verfasser zu Reformvorschlägen. Die Mifsstände der Prostituiertenwohnungen sind zweierlei Art, erstens sind sie nicht genügend unauffällig und zweitens schliefsen sie den Kindern den Zutritt nicht aus. Es mufs dagegen vor allem ein einheitliches Vorgehen der Behörden eingeleitet werden, was am besten ein neues Wohnungsgesetz verbürgen wird. Es darf ja nicht eine besondere Gattung von Prostituiertenwohnungen geschaffen werden, etwa nur bestimmte Mietswohnungen mit behördlicher Konzession. Die geheime Prostitution würde diese Wohnungen unter allen Umständen meiden. Auch mufs vermieden werden, eine Meldepflicht der Vermieter von Prostituiertenwohnungen gesetzlich zu begründen. Die Wohnungsaufsicht mufs von der polizeilichen Administration getrennt werden. Es mufs eine umfangreiche, unentgeltliche, ehrenamtliche und ständige Wohnungspflege geschaffen werden. „Mietwohnungen" — so soll es in einer künftigen Wohnungsordnung heifsen — „welche von Prostituierten bewohnt werden, dürfen sich nicht in der Nähe von Kirchen, Schulen usw. befinden. Die an Prostituierte vermieteten Wohnungen dürfen nicht in anstöfsiger oder nur aufsehenerregender Weise das Prostitutionsgewerbe in die Öffentlichkeit treten lassen. Prostituierte dürfen nur in Einzelwohnungen oder in Familienhaltungen ohne Kinder und Minderjährige aufgenommen werden" usw. Neben der Einführung von Wohnungspflege in kleinen Bezirken und auf ehrenamtlichem Wege (analog der Armen- und Waisenpflege. D. Ref.) plädiert Kampffmeyer noch für Institute oder Kassen, welche allen Prostituierten unentgeltliche Behandlung und Krankengeld gewährleisten. Dies und die Wohnungsreform werden die Schäden der Prostitution entscheidend bekämpfen

und eindämmen. Zum Schlusse folgen noch Betrachtungen, aus denen hervorgeht, dafs allerdings ein völlig unbeaufsichtigtes Schlafgängerwesen doch zur Verbreitung der sexuellen Infektionskrankheiten beitragen kann. K. schlägt daher vor, in die Wohnungsordnung auch Bestimmungen aufzunehmen, welche hier Wandel schaffen sollen. Er verlangt für jeden Schlafgänger 20 Raummeter Luft. Ferner soll niemand Schlafleute zweierlei Geschlechts aufnehmen, ausgenommen, wenn sie im Verhältnis von Eheleuten, Eltern, Kindern und Geschwistern zueinander stehen. Wegen Sittlichkeitsvergehen oder wegen Verbrechen vorbestrafte oder unter Polizeiaufsicht stehende Personen dürfen keine Schlafgänger bei sich aufnehmen. Personen, die an Typhus, Syphilis, Lepra, Skabies, Cholera, Scharlach, Masern und anderen ansteckenden Krankheiten leiden, dürfen als Schlafgänger nicht aufgenommen werden.

2. **Über sexuelle Abstinenz**, von L. Loewenfeld-München. Die sexuelle Abstinenz für die Entstehung der Masturbation verantwortlich zu machen, ist falsch. Entsteht doch letztere meist schon zu einer Zeit, wo wirkliche Geschlechtsreife überhaupt noch nicht bestand. Andererseits wird sie häufig beim Erreichen des 20. Jahres wieder verlassen, nicht selten allein aus der aufdämmernden Erkenntnis ihrer Schädlichkeit heraus. Die Abstinenten, wozu auch diejenigen gerechnet werden können, die ihren sexuellen Verkehr auf ein äufserstes Mindestmafs beschränken, zerfallen in vier Gruppen. Die ersten haben keinerlei bemerkbaren gesundheitlichen Nachteil infolge ihrer Enthaltsamkeit; die zweiten zeigen mehr oder minder grofse Beschwerden. Gruppe 3 weisen direkte Krankheitszustände bei Abstinenz auf und Gruppe 4 umfafst solche Personen, bei denen die sexuelle Triebrichtung durch die Enthaltsamkeit beeinflufst wird. In Gruppe 1 reihen sich durchaus nicht nur Leute mit besonders geringer Libido ein. In Gruppe 2 handelt es sich meist um nervöse und psychische Störungen und Hyperästhesien im Gebiet der Geschlechtsteile. Gruppe 3 zeigt cerebrasthenische und myelasthenische Zustände, auch Psychopathien — Angstneurose, Schwächung der geistigen Arbeitskraft, Gemütsdepressionen, Zwangsvorstellungen und Zwangsempfindungen, Phobien und Halluzinationen. Die Abstinenz vermag bei diesen Kranken jedoch nur unter gewissen Bedingungen den Wert eines pathogenen Moments zu erreichen, nämlich wenn eine neuropsychopathische Disposition besteht. Dies gilt ganz besonders für die Angstneurose. Schwere Störungen finden sich zumal da, wo die krankhafte Veranlagung mit einem krankhaft gesteigerten Geschlechtstrieb einhergeht. Spermatorrhoe ist eine seltene Folge der Abstinenz, häufiger treten zu häufige Pollutionen auf. Eine dauernde Schädigung des Geschlechtsvermögens durch längere Enthaltsamkeit kommt kaum in Frage. Eine eventuelle Minderung desselben schwindet bald wieder, sobald der Verkehr aufgenommen wird. Die Abstinenz als Ursache homosexueller Triebe aufzufassen, ist nicht richtig. Wohl aber werden letztere bei aufgenötigter Enthaltsamkeit stärker. Wo natürlich, wie in Gefängnissen, Internaten usw. das Weib fehlt, richtet sich die Befriedigung des Geschlechtstriebes schliefslich auch auf das gleiche Geschlecht. Keineswegs — so fafst sich der Verfasser zusammen — ruft die Enthaltsamkeit mit Notwendigkeit irgendeine, wenn auch nur verborgene Gesundheitsschädigung hervor. *Hopf-Dresden.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 10.

1. **Die Vereinigung beider Hoden nach Durchschneidung eines Vas deferens**, von Gerolamo Gatti-Modena. Aus dem Italienischen übersetzt von Emile Legrain. G. hat bereits im Jahre 1903 an Hunden Versuche darüber angestellt, ob es möglich ist, die Samenkanälchen eines Hodens, dessen Vas deferens durchschnitten ist, mit

den Samenkanälchen des anderen Hodens so in Kommunikation zu bringen, daſs das von jenen produzierte Sperma durch diese hindurch in das unverletzte Vas deferens gelangen kann. Da die Versuche ein ermutigendes Resultat ergeben hatten, wiederholte G. sie neuerdings bei einer Reihe von Hunden; die Tiere wurden, um die definitiven Ergebnisse des Eingriffs feststellen zu können, erst nach 8—17 Monaten nach der Operation getötet. G. wandte bei dieser zweiten Versuchsreihe zwei verschiedene Verfahren an; bei einem Teil der Hunde wurden die Vasa efferentia testis mit der Innenfläche des anderen Hodens vereinigt, bei den übrigen Tieren wurden die Innenflächen der beiden Hoden miteinander in Verbindung gebracht. Das zweite Verfahren ist nach den gemachten Beobachtungen vorzuziehen. — Aus den Resultaten beider Versuchsreihen zieht G. folgende Schlüsse:

1. Die Vereinigung beider Hoden, d. h. die Transplantierung eines Hodens, dessen Vas deferens durchschnitten wurde, auf den anderen Hoden, dessen Vas deferens intakt ist, hat den Zweck, das Organ anatomisch und funktionell zu erhalten und neue Ausführungswege für sein Sperma zu schaffen; die Operation stellt ein Trauma dar, auf das beide Hoden mit Degenerationserscheinungen reagieren können.

2. Die Stärke dieser Degenerationserscheinungen steht in direktem Verhältnis zur Intensität des operativen Traumas.

3. Sie fehlen vollständig, wenn das operative Trauma sehr geringfügig ist.

4. Etwaige Degenerationserscheinungen haben die Form kleiner diffuser Herde, die an verschiedenen Stellen in der Nähe der Vereinigungslinie und fern von ihr auftreten; dazwischen liegen zahlreiche Zonen normalen Gewebes, das Volumen des ganzen Organs bleibt unverändert.

5. Die sofort oder später vorgenommene Durchschneidung eines sorgfältig aus seiner Bindegewebshülle isolierten Vas deferens verursacht in den miteinander vereinigten Hoden keine degenerativen Erscheinungen.

6. Wenn die durch das Trauma bedingten Degenerationserscheinungen nicht zu schwer sind, dann reagieren die miteinander vereinigten Hoden mit Proliferation in sämtlichen Geweben.

7. Die Regeneration epithelialen Gewebes führt nicht nur zur Neubildung von Drüsengewebe in den Hoden, sie schafft auch eine röhrenförmige Verbindung zwischen den glandulären Substanzen der beiden miteinander verlöteten Hoden. Es bilden sich nämlich epitheliale Züge, die anfangs ganz dünn sind und aus einer einzigen Reihe von Zellen bestehen, später aber stärker werden, um dann die Form zylindrischer Pfröpfe anzunehmen; diese werden schlieſslich hohl und durchgängig.

8. Vor und mit der Regeneration des epithelialen Gewebes kommt es zu einer lebhaften Proliferation von Gefäſsen und Nerven, die dann durch die Vereinigungslinie hindurch eine direkte Verbindung zwischen den Gefäſsen und Nerven der beiden Hoden bilden.

9. Bei der Operation darf Drüsengewebe nicht reseziert werden; die Tunica vaginalis propria und die Albuginea werden inzidiert und von dem darunterliegenden Drüsengewebe abgelöst, dann müssen die zum Aneinanderlegen bestimmten Oberflächen der glandulären Substanz mit einem feinen Messer abgeschabt werden. Bei solchem Vorgehen kommt es in der Vereinigungslinie nur zu einer ganz minimalen und bedeutungslosen Bindegewebswucherung.

10. In der ersten Versuchsreihe wurde rings um die zur Vereinigung bestimmten Oberflächen eine seroseröse Naht der beiden Vaginalis propriae angelegt; die Folge war, daſs die Vaginalis manchmal auf der Vereinigungslinie miteinander verwuchsen und die Drüsensubstanz der beiden Hoden durch proliferierendes Bindegewebe mehr oder weniger voneinander getrennt wurden. Das wurde in der zweiten Versuchsreihe

dadurch vermieden, dafs Vaginales und Albugineae in möglichst grofser Ausdehnung kreuzförmig inzidiert, die Lappen nach aufsen zurückgeschlagen und in dieser Lage nach Abschabung und Aneinanderpassung der Drüsenoberflächen miteinander vernäht wurden.

11. Wird die Vereinigung der beiden Hoden in dieser Weise ausgeführt, dann bleibt nicht nur das Drüsengewebe in allen seinen Teilen vollständig lebensfähig, es wird auch die Funktion der Spermatogenese in durchaus normaler Weise erhalten.

12. Die Vereinigung der beiden Hoden an ihrer inneren Oberfläche stellt ein rationelles Verfahren dar, das sich im Experiment entschieden bewährt hat.

13. Die Vereinigung der beiden Hoden ist zu empfehlen in Fällen, in denen das Vas deferens eines gesunden Hodens bei einer Operation oder durch ein Trauma verletzt wurde. Nach Epididymektomie wegen Tuberkulose des Nebenhodens ist das Verfahren nicht angezeigt.

2. Behandlung der akuten blennorrhoischen Kniegelenkentzündung mit intraartikulären Sublimatinjektionen, von L. Galliard. G. hat bei akuten blennorrhoischen Kniegelenkentzündungen mit eitrigem oder serös-eitrigem Erguſs durch intraartikuläre Sublimatinjektionen sehr schöne Erfolge erzielt. Die Einspritzungen beseitigen sowohl die Schmerzen wie auch das Fieber sehr rasch und machen eine längere Immobilisierung des Knies unnötig. Von den zehn Patienten, die G. bisher auf diese Weise behandelt hat, behielt keiner eine Ankylose oder auch nur eine Verminderung der Beweglichkeit des Gelenks zurück.

Das Verfahren ist folgendes: Das Gelenk wird punktiert, der Erguſs entweder aspiriert oder durch eine dicke Nadel hindurch ausgedrückt; dann werden mehrere Male hintereinander (zwei- bis sechsmal) je 20 ccm einer sterilisierten Sublimatlösung 1 : 4000 in das Gelenk eingespritzt und stets wieder so vollständig wie möglich exprimiert. Nach Entfernung der Nadel wird die kleine Wunde mit Collodium bedeckt, das Knie ganz leicht mit Watte eingehüllt und das Bein in eine Drahtschiene oder einfach auf Kissen gelagert. Hören die Schmerzen nach der Injektion nicht sehr rasch auf, dann werden auf das Gelenk feuchte Kompressen aufgelegt, oder es wird eine Methylsalicylatsalbe eingerieben und dann mit Watte leicht verbunden. In schweren Fällen müssen die Injektionen mehrmals wiederholt werden, doch waren in keinem der mitgeteilten zehn Fälle mehr als drei Sitzungen erforderlich. Sobald sich keine Flüssigkeit im Gelenk mehr zeigt, wird mit Massage und passiven Bewegungen begonnen; in manchen Fällen ist dazu einmal eine allgemeine Anästhesie (Bromäthylnarkose) notwendig.

Das Verfahren, das auch bei akuten blennorrhoischen Entzündungen anderer Gelenke mit Erfolg angewendet werden kann, ist nach G. jeder anderen Methode entschieden überlegen; es versagt aber vollständig bei Gelenkentzündungen, die durch Streptokokken oder Staphylokokken hervorgerufen sind, auch wenn sie im Gefolge von Blennorrhoen entstehen. Die zehn Fälle, die G. mit Injektionen behandelt hat, waren zum Teil akute blennorrhoische Arthritiden, die nach oder gleichzeitig mit oder vor einem akuten oder subakuten Gelenkrheumatismus auftreten, oder akute blennorrhoische Monoarthritiden; die Fälle der ersteren Art erwiesen sich als verhältnismäfsig gutartig, sie heilten in vier bis acht Wochen, die Dauer der Behandlung bei den Fällen der zweiten Gruppe schwankte zwischen zwei und vier Monaten.

Diesen Ausführungen gegenüber, die in der Pariser Société méd. des hôpitaux Sitzung vom 17. März 1905) vorgetragen wurden, wies Queyrat darauf hin, dafs die Sublimatinjektionen manchmal wohl zu mehr oder weniger schweren Intoxikationserscheinungen führen können, dafs sie daher nur in Ausnahmefällen, wenn Eiterung droht, vorgenommen werden sollen. Für gewöhnlich genügt die einfache Punktion,

mit der er in mehr als 200 Fällen sehr befriedigende Resultate erzielt hat. Bei diesem Verfahren ist folgendes zu beachten: Die Punktion darf nicht vorgenommen werden, solange Fieber besteht, weil sich der Erguſs sonst sehr bald wieder erneuert. Nach der Punktion muſs das Knie an etwa hundert Stellen punktförmig kauterisiert und dann in einen Wattekompressionsverband gelegt und in einer Drahtschiene immobilisiert werden. Acht Tage nach der Punktion wird vorsichtig mit Bewegungen begonnen.

1905. Heft 11 und 12.

1. **Beitrag zum Studium der Nierentuberkulose und ihrer chirurgischen Behandlung**, von Alf. Pousson-Bordeaux. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Blasendivertikel wahrscheinlich traumatischen Ursprungs, entstanden, ohne daſs ein Hindernis für die Harnentleerung vorhanden war**, von Serrallach. (Heft 11.) Ein 27jähriger Mann, der niemals an Tripper gelitten und den Urin stets in normaler Weise entleert hatte, verunglückte in der Weise, daſs eine schwere Tür auf ihn fiel und ihn zu Boden warf; der Leib wurde dabei stark komprimiert. Der Unfall verursachte zunächst nur Schmerzen in den Füſsen und machte eine 14tägige Bettruhe notwendig. Etwa sechs Monate später begannen Harnbeschwerden, die im Laufe der nächsten Jahre immer heftiger wurden. Der Kranke muſste immer häufiger urinieren und dabei immer stärker pressen, entleerte aber jedesmal nur 40—50 g Harn, der anfänglich klar war, dann aber trüb und eiterhaltig wurde. Wenn starker Harndrang bestand, bemerkte der Patient in der Blasengegend eine harte Prominenz, die noch während der Miktion wieder verschwand. Durch Kontraktion der Blase wurde die Urinentleerung behindert oder unterbrochen; eine Lageveränderung des Kranken, Bewegungen des eingeführten Katheters brachten den Abfluſs des Urins, nachdem er bereits aufgehört hatte, wiederholt nochmals in Gang. Die Blasenwandung kontrahierte sich sehr leicht und manchmal schon nach Einspritzung von 60 g Flüssigkeit sehr stark. Eine fünf Jahre nach dem Unfall vorgenommene cystoskopische Untersuchung zeigte, daſs die Blase sehr klein war und nur einen kleinen Teil der injizierten Flüssigkeitsmenge enthielt; die Blasenschleimhaut schien gesund, links im Trigonum im Niveau der Mündung des linken Ureters sah man in der Blasenwand ein ziemlich groſses Loch. Da durch Blasenspülungen, regelmäſsige Katheterisierung und Einführung eines Verweilkatheters die lästigen Symptome nicht beseitigt werden konnten, zeitweilig sogar komplette Retention eintrat, wurde die Blase mittels Sectio alta eröffnet. Es zeigte sich, daſs ihre Muscularis hypertrophisch war, ihre Kapazität betrug ungefähr 150 g. Auf der unteren Partie der linken Seitenfläche der Blasenwand befand sich eine Öffnung, die ca. 1 cm im Durchmesser hatte und in einer groſsen, links unten befindlichen, auf dem Rektum aufliegenden Hohlraum führte. Die Wand dieses Hohlraums war durch Blasenschleimhaut gebildet, sie war dünn und zerreiſslich und mit dem darunter liegenden Gewebe nicht verwachsen. Da die Urethra nicht verengt war und auch sonst kein Hindernis für die Harnentleerung bestand, nahm S. an, daſs es sich um eine angeborene Verdoppelung der Harnblase handle, und spaltete daher die zwischen Blase und Hohlraum vorhandene Scheidewand durch strahlenförmig nach der Öffnung zu konvergierende Schnitte. Dabei stellte sich heraus, daſs die Scheidewand aus fibrösem Gewebe bestand und nach rechts mit der Muskelschicht der Blase, nach links mit der Wand des Hohlraums verwachsen war, und daſs die letztere keine Spur von Muscularis besaſs, sich also nicht kontrahieren konnte. Die Schleimhaut, die bei der Spaltung der Scheidewand mit durchtrennt worden war, wurde mit Katgut vernäht. Der Effekt der Operation war, daſs sich dauernd vollständige Retention einstellte. Die später von anderer Seite vorgenommene abermalige Spaltung der Scheidewand änderte daran nichts.

Die während der Operation gestellte Diagnose war nicht richtig; es handelte sich nicht um eine angeborene Verdoppelung der Harnblase, sondern um einen erworbenen Blasendivertikel, der aber nicht durch eine Behinderung der Urinentleerung, sondern höchst wahrscheinlich durch das Trauma verursacht war. Die verschiedenen Eigentümlichkeiten der Harnentleerung bei dem Kranken lassen sich, wie S. in eingehender Darstellung zeigt, durch die Divertikelbildung sehr wohl erklären.

Der Patient mufs sich nochmals einer Operation unterziehen. Durch diese sollen Verhältnisse geschaffen werden, die den Eintritt von Harn in den Divertikel verhindern und dadurch dessen Verödung herbeiführen. Den einfachen Verschlufs des Divertikels durch Vernähung der Kommunikationsöffnung hält S. für gefährlich, da die Schleimhaut des Divertikels infiziert ist.

3. **Ein neues Elektrocystoskop,** von William K. Otis-New York. (Heft 12.) O. hat ein neues Elektrocystoskop konstruiert, in dem das Prisma des Nitzeschen Cystoskops durch eine hemisphärische, auf der flachen Seite mit Silber überzogenen Linse ersetzt ist. Das ganze Instrument besteht aus zwei getrennten, ineinander passenden Röhren. Die äufsere Röhre endigt mit einem kurzen, offenen Schnabel, dessen Abschlufs durch die elektrische Lampe gebildet wird; diese ist in ihrem oberen Teile vollständig unbedeckt und beleuchtet daher die ganze innere Blasenoberfläche. Die Lampe ist von besonderer Art, ihre Herstellungsweise wird geheim gehalten; sie gibt aufserordentlich viel Licht, verbreitet aber so gut wie keine Wärme und gestattet auch die Untersuchung einer mit Luft gefüllten Blase. Der eine Pol der Lampe befindet sich auf dem Metall des Schaftes der äufseren Röhre, der andere ist durch einen Messingdraht gebildet, der auf neue, nicht näher bezeichnete Art isoliert, nicht im Innern der Röhre verläuft; infolgedessen kann die zweite, innere Röhre von verhältnismäfsig grofsem Kaliber sein. Dicht unterhalb des Schnabels befindet sich in der Wand der äufseren Röhre ein Fenster, in das bei der Untersuchung die Linse zu liegen kommt; am äufseren Ende sind kleine Sperrhähne angebracht, die den Eintritt von Luft ermöglichen, wenn die Blase mit Luft gefüllt untersucht werden soll. Die innere Röhre, das Teleskop, enthält den ganzen optischen Apparat; sie hat an ihrem vesikalen Ende ein Fenster, in dem die Linse befestigt ist, und liegt während der Einführung so in der äufseren Röhre, dafs die Linse von dieser bedeckt ist; durch Drehung des Teleskops wird dann die Linse an das Fenster der äufseren Röhre gebracht. Herausziehen des Teleskops macht es möglich, die Blase im Laufe der Untersuchung durch die äufsere Röhre, die liegen bleibt, zu entleeren und von neuem zu füllen. — Das Gesichtsfeld ist bei dem Instrument viermal gröfser und überdies viel schärfer beleuchtet als bei dem Nitzeschen Cystoskop. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1905. Heft 6.

1. **Die Behandlung des Pruritus vulvae mit Zinkpaste,** von Leredde. Nach L.s Erfahrungen kann Pruritus vulvae in den weitaus meisten Fällen durch Applikation von Zinkpaste gebessert, häufig sogar geheilt werden. Die Paste wird auf die äufsere und innere Fläche der grofsen und kleinen Labien aufgetragen, in die Vagina wird ein Gazestreifen eingeschoben; Salbe und Gaze sind nach jeder Urinentleerung zu erneuern. Die Behandlung versagt gewöhnlich nur dann, wenn schon Lichenifikation besteht; vielleicht kann in solchen Fällen durch Kombination der Zinkpastenbehandlung mit Radiotherapie Heilung erzielt werden.

2. **Mikrobiologische Untersuchungen über die Syphilis,** von El. Metchnikoff und Em. Roux. Die Verfasser haben bei vier von sechs Affen, bei denen durch

Impfung syphilitische Primäraffekte hervorgerufen worden waren, in den Sklerosen die Spirochaeta pallida nachgewiesen. Ein Schimpanse, bei dem Spirillen nicht zu finden waren, war mit einem Serum behandelt worden; die luetischen Erscheinungen waren bei ihm zur Zeit der Untersuchung bereits in voller Heilung begriffen; bei dem zweiten Affen, bei dem Spirillen nicht gefunden wurden, war vielleicht die Zahl der gemachten Untersuchungen nicht genügend. In einem der vier Fälle, in denen das Resultat positiv war, saſs der Schanker am Penis, in den drei übrigen Fällen auf der Haut des Arcus superciliaris, also nicht auf einer Schleimhaut.

Aufserdem haben die Verfasser in vier von sechs darauf untersuchten Fällen bei Menschen in sekundär-syphilitischen Hautknötchen die Spirochaeta pallida nachgewiesen, und zwar am häufigsten in ganz jungen Effloreszenzen, die an ihrer Oberfläche noch nicht verändert waren — ein Beweis dafür, daſs die Spirillen nicht von aufsen eingedrungen sein konnten, sondern durch das Blut oder die Lymphe an Ort und Stelle gebracht worden sind. — Bei nicht-syphilitischen Hautaffektionen haben die Verfasser die Spirochaeta pallida niemals gefunden. Alle ihre Beobachtungen sprechen dafür, daſs die Spirochaeta pallida Schaudinns der Erreger der Syphilis ist.

3. **Über die syphilitische progressive Paralyse.** Bericht über einen Vortrag Fourniers und die daran sich anschlieſsende Diskussion (Académie de Médecine, Sitzungen vom 21. und 28. Februar, 7., 14. und 28. März und 18. April 1905), erstattet von René Martial. (Heft 5 und 6.) Die syphilitische Natur der progressiven Paralyse ist für Fournier eine feststehende Tatsache; er nennt die Krankheit direkt eine syphilitische. — Aus einer 112 Fälle umfassenden Statistik F.s geht hervor, daſs die Paralyse in 81% der Fälle zwischen dem 6. und 15. Jahre nach der luetischen Infektion beginnt, ein deutliches Maximum weist das zehnte Jahr auf. In den ersten beiden Jahren nach der Infektion kommt Paralyse überhaupt nicht vor, nach dem 20. nur ganz ausnahmsweise. — Die konstante Ursache der progressiven Paralyse ist die Syphilis, eine zweite, fast konstante, die Unzulänglichkeit der antisyphilitischen Behandlung; daneben spielen andere prädisponierende oder unterstützende Momente, wie geistige Überanstrengung, Alkoholismus, Exzesse in venere, nervöse hereditäre Belastung, eine fast untergeordnete Rolle. In fast allen 112 Fällen verlief die Syphilis anfänglich sehr gutartig und ohne schwere Erscheinungen. Natürlich schafft nicht etwa die Gutartigkeit der Lues eine Prädisposition für die Entstehung der Paralyse, aber die Behandlung, die in den anscheinend leichten Fällen durchgeführt wird, reicht eben nur hin, um die harmlosen sekundären Symptome zu beseitigen, sie vermag aber dem Auftreten der Paralyse nicht vorzubeugen. Von den 112 Fällen sind nur 5% drei bis vier Jahre hindurch, 80% aber weniger als ein Jahr lang mit Quecksilber behandelt worden. Daraus geht hervor, daſs eine energische, lange Zeit hindurch fortgesetzte Quecksilberbehandlung einen weitgehenden, wenn auch keinen absoluten Schutz gegen das Auftreten der Paralyse gewährt. Diesen Schutz wirksamer zu gestalten, schlägt F. vor, die chronisch-intermittierende Behandlung nicht, wie es jetzt geschieht, auf die ersten vier Jahre nach der luetischen Infektion zusammenzudrängen, sondern auf acht Jahre zu verteilen; es soll in den ersten beiden Jahren eine Reihe von Quecksilberkuren gemacht werden, während der folgenden beiden Jahre unterbleibt jede Behandlung, das fünfte Jahr hindurch wird wieder Quecksilber verabreicht, dann wieder zwei Jahre pausiert und im achten Jahre nochmals „remerkurialisiert“. Dabei muſs natürlich jeder Syphilitiker Exzesse jeder Art, körperliche und namentlich geistige Überanstrengung und Aufregungen aufs strengste vermeiden und ein in jeder Hinsicht ruhiges, geregeltes und vernünftiges Leben führen.

Die umfangreiche Diskussion, die sich an diesen Vortrag F.s anschloſs und von Raymond, Joffroy, Pinard, Hallopeau, Lancéreaux, Motet, Cornil und Fournier

geführt wurde, galt in der Hauptsache nur der Frage nach der Ätiologie der progressiven Paralyse; es kamen all die bekannten gegensätzlichen, vielfach nuancierten Anschauungen, die allenthalben über diese Frage herrschen, zum Ausdruck. Neues aber ergab die Diskussion nicht, und eine Einigung wurde natürlich auch nicht erzielt.

Götz-München.

American Journal of Dermatology and Genito-urinary Diseases.

1905. Nr. 1.

1. **Strittige Punkte bei der Syphilis**, von George G. Melvin-St. John. Als solche bezeichnet Verfasser die Fragen nach der Ursache der Krankheit; ob das Leiden vom ersten Augenblick an konstitutionell ist, ob es durch Vater wie Mutter in gleicher Weise auf die Nachkommenschaft übertragbar ist. Strittig ist ferner die Art der Vererbung der Syphilis, die Infektion der Mutter vom kranken Kinde im Mutterleibe aus, die Dauer der Ansteckungsmöglichkeit bei Lues, die Möglichkeit, die Krankheit mit der primären Läsion zu coupieren, die notwendige Dauer der spezifischen Behandlung und die Frage der völligen Heilung. Vor allem glaubt der Verfasser, dafs die Syphilis nicht durch einen Keim hervorgerufen wird. Wäre das doch der Fall, so müfste es ein rein lokales Stadium der Krankheit geben und ihre Coupierung denkbar sein. Letzteres ist also ganz ausgeschlossen. Melvin hält ein keimfreies Virus für die Ursache der Lues.

2. **Erythema nodosum** von Isaac A. Abt-Chicago. Nach einer kurzen Beschreibung des Erythema nodosum in ätiologischer und klinischer Hinsicht berichtet der Verfasser über drei von ihm beobachtete Fälle, welche einen siebenjährigen, einen fünfeinhalbjährigen und einen elfjährigen Knaben betrafen. Bei dem zweiten Knaben folgte dem Erythema nodosum unmittelbar darauf eine tuberkulöse Gehirnhautentzündung, welche tödlich endigte.

3. **Pompholyx**, von Antonio M. Crispin-New York. Nach Ansicht des Verfassers handelt es sich bei den Elementen der Cheiropompholyx Hutchinson (Dysidrosis) Tillbury Fox) um einen Verschlufs der Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen und eine Verhaltung dieses Sekretes, und zwar ist die chemische Veränderung des Schweifses selbst die Ursache einer Reizung der Wände des Drüsenkanals, welche zum Verschlufs führt. Pompholyx ist auch eines der cutanen Symptome gestörten Stoffwechsels, unvollständiger Oxydation von Produkten, welche im Blute kreisen und heute dies, morgen jenes Organ reizen, als Autotoxine auf dieselben wirkend. Die Behandlung hat sich vor allem auf die Verdauung zu erstrecken. Diuretica und Alcalina tun gute Dienste, daneben Salicylpräparate. Reines Wasser ist in grofsen Mengen zu geniefsen. Die ärztliche Behandlung ist von sekundärer Bedeutung.

4. **Geschlechtskrankheiten und Ehe**, von John N. Upshur-Richmond. Verfasser schätzt die Zahl der in Deutschland lebenden, durch Blennorrhoea neonatorum Erblindeten auf 30000 Personen. Die Graviditas extrauterina hat ebenfalls hauptsächlich im Tripper der Frau ihre Ursache. Die Sterilität der Ehen beruht in 70% ebenfalls auf Blennorrhoe, auf Tripper des Mannes. Zum Schlufs wird betont, wie notwendig für das allgemeine Wohl ist, dafs der Arzt aufklärend und warnend bei venerischen Erkrankungen eingreift, um späteres Unheil zu verhüten. Auch der Vater hat dem heranwachsenden geschlechtsreifen Sohne mit Aufklärungen und Warnungen beizustehen.

5. **Die Behandlung der Hydrocele**, von Charles Greene Cumston-Boston. Nach Besprechung der verschiedenen Methoden der chirurgischen Behandlung des Wasserbruchs bekennt sich der Verfasser als Anhänger der Winkelmannschen und der Doyen-

Lenzmannschen Operationsmethoden. Das beiden gemeinsame Moment ist dieses, daſs die von der Serosa der evertierten Vaginalis sezernierte Flüssigkeit absorbiert werden soll von dem losen Maschengewebe der Tunica vaginalis communis. Diese Absorption ist aber möglich, wie die vollständige Aufsaugung des Scrotalödems beweist, welches nach der Operation vorübergehend entsteht.

6. **Die Indikation für Prostatektomie**, von Joseph B. Bissell-New York. Sobald ein Kranker in guten Verhältnissen lebt und sich alle Bequemlichkeiten bieten kann, dabei aber nur selten schwere Zufälle von seiten seiner vergröſserten Vorsteherdrüse und seiner Blase hat, soll man von operativen Eingriffen absehen. Schreitet man jedoch zur Operation, so ist die Prostatektomie die Operation der Wahl. Verfasser zieht diejenige vom Perineum aus vor.

7. **Vergröſserung der Vorsteherdrüse**, von Frederic W. Marlow-Toronto. Allgemeine Betrachtungen über Pathologie der Prostata und über die verschiedenen Behandlungsmethoden. *Hopf-Dresden.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. Dezember 1904.

1. **Über die Beziehungen gewisser Hautkrankheiten zueinander und zu Änderungen im Gefäſssystem**, von James Nevins Hyde und McEwen-Chicago. Die Verfasser betrachten eine Anzahl von Erkrankungen der Haut der Hände und Füſse unter dem Gesichtswinkel gestörten Gefäſsgleichgewichts. Die von ihnen zum Vergleich herangezogenen Leiden sind Hyperidrosis, Dysidrosis, Hydroa, Pompholyx, Cheiropompholyx, Keratodermia erythematosa symmetrica Besnier, Keratodermia palmaris et plantaris, Keratosis palmaris et plantaris, Erythema keratodes, symmetrische Tylosis der Hände und Füſse, Hyperkeratosis subungualis, Keratoma subunguale, Onychauxis, Onychogryphoris, „Chronic inflammatory diseasis of mang finger-nails“ und Dystrophia unguium. Die Verfasser geben die Krankengeschichten von elf Fällen wieder, bei deren einzelnen die genannten Leiden von ihrem einfachsten bis zu dem ausgesprochensten Typus zu beobachten waren.

2. **Ein Fall von parasitärer Sykosis, übertragen vom Rinde**, von Breakey-Ann Arbor. Der Fall betraf einen 25jährigen Farmer, der mit ausgebreiteter trichophytöser, pustulöser Sykosis, die von der unteren Halsgrenze vorn und hinten bis zur Haargrenze reichte, in die Behandlung des Verfassers kam. Der junge Mann hatte mit Rindviehpflege zu tun, und er bestätigte, daſs unter den von ihm behüteten Tieren zahlreiche eine Hautkrankheit aufwiesen. Dieselbe ist nach Aussagen der dortigen Farmer zur Winterszeit eine ganz verbreitete Rindviehkrankheit und verschwindet ohne Behandlung nach zwei bis drei Monaten. Noch schneller heilt sie unter Terpentin, Jodtinktur oder Schwefel ab. Das Hautleiden befällt bei den Tieren hauptsächlich Kopf und Nacken. Im letzten Winter sah der Vater des Erkrankten die gleiche Hautkrankheit auch bei einem Pferde, das mit den erkrankten Kühen weidete. Im Sommer pflegt der Ausschlag völlig wegzubleiben.

3. **Lichen planus verrucosus**, von Ravogli-Cincinnati. Verfasser identifiziert in der Einleitung den Lichen planus verrucosus mit dem Lichen hypertrophicus Fordyce und dem Lichen ruber corné, und bespricht vier Fälle von verrukösem Lichen planus, die er kurze Zeit hintereinander gesehen hat. Drei davon betrafen Männer. Alle vier Kranke befanden sich zwischen 40 und 60 Jahren. In allen Fällen zeigte die Mundschleimhaut spezifische Symptome in Form weiſslicher lineärer Flächen von verhorntem Epithel. Überhaupt zeigten sämtliche Fälle eine Neigung zu streifenförmiger Anordnung beziehentlich bandartiger Aneinanderreihung der Elemente, und

zwar entsprechend den darunter gelegenen Nerven. In einem Falle zeigte sich deutlich der Zusammenhang des Lichen verrucosus mit den Blutgefäßen. Letztere wiesen eine perivaskuläre Infiltration auf. Ein kleines Gefäß war thrombosiert, seine Wände waren von einer großen Zahl ausgetretener und ins Gewebe gelangter Blutkörperchen umgeben. Dieser Befund scheint Schützes Ansicht zu bestätigen, daß variköse Venen die Hauptursache von Lichen planus verrucosus darstellen.

4. **Bericht über einen Fall von Blastomykosis**, von H. Koehler und G. C. Hall-Louisville. Die Krankheit betraf einen 39jährigen Neger. Sie datiert auf zwei Jahre zurück und begann als eine Beule am Kieferwinkel. Allmählich bildeten sich verstreut über Kinn-Wangengegend, Hals und Nacken weitere Prozesse, die teilweise wohl abheilten, aber nur um neuen Schüben Platz zu machen. Allmählich gewann die ganze erkrankte Gegend ein höckeriges Aussehen. Überall bestanden papillomatöse Erhebungen und kleine Abscefspusteln. Der gesamte Krankheitsherd war stark über das normale Niveau der Haut emporgehoben. Mikroskopische Untersuchung sicherte die Diagnose Blastomykose, ebenso reagierte der Prozeß prompt auf Jodkaliumdosen.

Januar 1905.

1. **Melanom** von James C. Johnston-New York. Primäre Melanome kommen nach allgemeiner Annahme nur in zwei Gebieten vor, einmal am Uvealtrakt und zweitens in der Haut und ihren Einstülpungen. Etwa ein Drittel aller Pigmentgeschwülste entsteht in der Chorioidea. Nach Just entfielen von 112 Fällen 26 aufs Auge und 86 auf die Haut, nach Eiselt von 104 Fällen 46 auf das Auge und 58 auf die Haut, nach Eves von 45 Fällen 12 auf das Auge und 33 auf die Haut. Von zusammen 261 Fällen von Melanom wurde also die Haut in 177 Fällen = 68% und das Auge in 84 Fällen = 32% befallen. Die Lebensdauer nach Beginn des Auftretens eines Melanoms ist meist eine nur noch kurze. Nach Just und Eves leben die Kranken im Durchschnitt noch drei beziehentlich zwei bis drei Jahre. Verfasser selbst verfügt über eine eigene Beobachtung von zehn Fällen von Melanom. Diese, mit 20 aus der Literatur zusammengestellt, ergaben, daß das Melanom primär fünfmal im Gesicht, elfmal an den Gliedern und vierzehnmal am Körper aufgetreten war. Was die Melanome der Haut betrifft, so entstehen keineswegs alle in pigmentierten Mälern der Haut. Obwohl es auch im Auge Naevi gibt, dürften letztere auch hier kein Ausgangspunkt dieser Geschwulstform sein. Fick dürfte wohl recht haben, wenn er sagt: Pathologische Zunahme von Pigment und Geschwulstbildung stehen nicht im ursächlichen Zusammenhang. Zellproliferation und Pigmentbildung sind koordinierte Vorgänge. Nur jene Naevuszellen sind pigmentiert, die in enger Berührung zu Melanoblasten stehen. Die Prozesse der Melanoblasten (Chromatophoren) liegen zwischen den Naevuszellen und in den tieferen Cutislagen um die Gefäße herum. In bezug auf Pigmentation gleichen die Naevuszellen den Epidermiszellen.

2. **Der Lebenslauf des Mikro-Organismus der Dermatitis coccidioides** von S. B. Wolbach-Boston. Der Verfasser berichtet über eine Coccidienform, die er bei einem von ihm behandelten Manne gefunden hat. Es handelte sich um eine „Dermatitis coccidioides". Der Mikro-Organismus ähnelte dem von Rickett beschriebenen Oidiumtyp, während er von der blastomycetoiden und hyphomycetoiden Form ziemlich abweicht. Kultur und Impfung haben ihn als identisch mit jenem Gebilde erwiesen, welches Montgomery, Ryfkogel und Morrow bei „Dermatitis coccidioides" isoliert haben. Das klinische Bild ist auch unter dem Namen Dermatitis protozoica, Dermatitis blastomycetica, Blastomycosis und Oidiomycosis beschrieben worden, und zwar in etwa 40 Fällen, von denen über 29 Rickett beziehentlich Hyde und Montgomery schon berichtet haben. Im vorliegenden Falle waren die Prozesse ganz subcutan. An

Stirn und Warzenfortsatz durchbrach die Wucherung den Knochen und machte erst vor der Dura mater Halt. Impfungen mit diesem durch Operation dauernd beseitigten pathologischem Gewebsmaterial sowie von einem subcutanen Abscefs ergaben identische Kulturen. Beim Kaninchen entstanden nach Impfung in zwei bis sieben Tagen Tumoren. Die Kolonien glichen sehr denen des Oidium lactis. Die Kulturen wurden direkt auf Glycerinagar gezogen. Sie erschienen zuerst als kleine, rundliche, durchscheinende graue Scheiben, die nur unmerklich über die Oberfläche emporragen, aber tief in die Kulturmasse eindringen. Mikroskopisch betrachtet erscheint die Kultur als eine strahlenförmige Masse grober, verzweigter, gelegentlich auch segmentierter Pilzfäden, die bei schnellem Wachstum eine homogene Masse bilden, sonst aber auch helle Vakuolen und Körner aufweisen. Der Pilzrasen hat eine deutliche Membran. Knospung und Sprossung war nirgends zu beobachten. Die Weiterbildung der Kulturen wird durch eine Anzahl von Mikrophotogrammen erläutert.

3. **Beobachtungen über einige Hohlhandausschläge** von Henry W. Stelwagon-Philadelphia. Der Verfasser stellt Betrachtungen über einige palmare Hautaffektionen an und vergleicht ihre Symptome, die oft ineinander überzugehen scheinen, miteinander. Eine Anzahl von Photogrammen unterstützt seine Ausführungen, welche sich hauptsächlich auf das palmäre Syphilid, Ekzema seborrhoicum und einfaches Ekzem erstrecken. Bei der Syphilis der Hohlhand besteht meist ausgesprochene Infiltration, doch kann auch diese zuweilen eine nur angedeutete sein. Die Veränderungen bleiben lange stationär. Eher noch zeigt das seborrhoische Ekzem der Hohlhand von Monat zu Monat eine Modifikation des Aussehens. Stellenweise kann der deutliche Rand des Prozesses, der beim Syphilid stets ausgeprägt ist, fehlen. Dem seborrhoischen Ekzem der Palma geht gewöhnlich ein gleiches der Kopfhaut voraus. Leichtere Formen des letzteren sind aber etwas so Häufiges und können eine so zufällige Nebenerscheinung sein, dafs man aus ihnen keine Schlüsse auf etwaigen seborrhoischen Charakter der Handaffektion ziehen darf. Bezeichnender sind dann schon seborrhoische Flecken auf Brust und Rücken. Scharf begrenzte, serpiginöse Eruption einer einzigen Hohlhand sind meist spezifisch.

4. **Porokeratosis Mibelli** von Heidingsfeld-Cincinnati. Der vom Verfasser berichtete Fall von Porokeratosis ist schon auf dem vorjährigen Berliner internationalen Dermatologenkongrefs in Krankengeschichte und Mikrophotogrammen vorgeführt worden. Er betraf einen 26jährigen Zeitungsberichterstatter. Seine am linken Unterschenkel sitzende Hautkrankheit bestand schon seit acht Jahren. Recht interessant sind die Abbildungen der Schnitte, welche der Verfasser bei verschiedenen Dermatosen mit Verhornungsprozessen angefertigt hat und die er vergleichend bespricht — Pityriasis rubra pilaris, Ichthyosis, Naevus u. a. *Hopf-Dresden.*

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1905. Nr. 5 und 6.

Primäre Syphilome der Brustdrüsen. Syphilis durch Säugung. Klinischer Vortrag von Gravagna. Es handelt sich um eine vollständig gesunde Frau, die nach dem Tode ihres letzten Kindes an Gastroenteritis, ein fremdes aus einem Findelhaus stammendes Kind in Pflege nahm und säugte. Bald zeigten sich beim letzteren an den typischen Lokalisationen (Mundwinkel, Anus, Scrotum) feuchte Plaques, die aber einfach als Soor diagnostiziert wurden. Zirka ein Monat nach der Aufnahme des Kindes und nachdem dasselbe bereits gegen ein anderes vertauscht worden war, zeigten sich auch bei der Frau in der Umgebung beider Brustwarzen erodierte Stellen, die sich zu typischen harten Schankern ausbildeten. Es handelte sich also um gleich-

zeitig an beiden Brüsten aufgetretene multiple Primäraffekte, denen multiple Lymphdrüsenschwellungen und eine Roseola, begleitet von polyartikulären und Kopfschmerzen, folgten. Man hat es hier somit mit einer spezifischen Infektion einer zuvor ganz gesunden Frau zu tun, welche durch die Nachlässigkeit der Findelhausleitung verschuldet wurde. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Das Radium und die Radioaktivität. Allgemeine Eigenschaften und ärztliche Anwendungen, von Paul Bessou. Autorisierte deutsche Ausgabe von W. von Rüdiger. (Joh. Ambrosius Barth, Leipzig 1905.) Im ersten Kapitel der sehr lesenswerten Abhandlung wird die Vorgeschichte, ausgehend von den Röntgen- und Becquerelstrahlen, geschildert. Das folgende handelt von der Entdeckung der neuen radioaktiven Substanzen selbst, dem Polonium, Radium und Aktinium; die ersteren von Herrn und Frau Curie, das letztere von Debierne dargestellt. In den beiden folgenden Kapiteln werden die Untersuchungen über die Natur der Strahlungen, die physikalischen und chemischen Wirkungen der Becquerelstrahlen geschildert. Das fünfte, sehr umfangreiche und hier am meisten interessierende Kapitel, behandelt die physiologischen und therapeutischen Wirkungen der Radiumstrahlungen. Nach einleitenden Worten über die Röntgendiagnostik und Röntgentherapie geht Verfasser näher auf die Wirkungen der Radiumstrahlen auf gesunde Haut ein. Starke und einmalige Bestrahlungen erzielen gleiche Wirkungen, sei es nun, daſs sie während weniger Stunden mit Radium von starker Aktivität oder während vieler Stunden mit Radium von geringer Aktivität angewendet werden. Das erlangte Resultat ist stets eine heftige Radiodermatitis. Wiederholte Bestrahlungen mit stark aktivem Radium, aber immer nur für die Dauer weniger Minuten, bewirken ebenfalls eine ähnliche Erkrankung, nur einen Grad schwächer. Schwache und lange Bestrahlungen, d. h. mit Radium von schwacher Aktivität, haben keine brandigen Erscheinungen im Gefolge.

Eine heftige Radiumdermatitis hat mehr oder weniger schwere Folgen. Man kann vier Grade von Entzündung unterscheiden: Bei dem ersten Grad zeigt sich keine Verletzung der Hautoberfläche unmittelbar nach der Bestrahlung. Nach einer Inkubationszeit von zwei bis drei Wochen bildet sich Haarausfall, dieser kann total sein und glatte, etwas gebräunte Haut hinterlassen. Nach zwei Monaten sprossen dann die Härchen von neuem, und die Stelle nimmt ihr früheres Aussehen wieder an. Der zweite Grad ist gekennzeichnet durch Erythem, Jucken, Hautabschuppung, danach wird die Epidermis wieder normal, aber sie ist zarter geworden und unbehaart, bisweilen bleibt letzterer Zustand. Dritter Grad: Heftiges, dunkles, lebhaft juckendes Erythem; Blasenbildung. Sobald die Blasendecke zerreifst, zeigt sich ein nässendes Geschwür. Beim vierten Grad endlich handelt es sich um eine totale Zerstörung der Haut, bisweilen verbunden mit gräfslichen Schmerzen. Die Oberfläche ist wund, es zeigen sich gelbe und graue Flecke, welche sich ausdehnen, braune Schorfe bilden sich, und es wird eine seröse, schliefslich eitrige Flüssigkeit abgesondert. Die Schorfe lösen sich schwer ab, die Wunde ist tief und vernarbt mit unendlicher Langsamkeit.

Das was die Radiodermatitis allen anderen Verbrennungen gegenüber kennzeichnet, ist die Inkubationsperiode von ein bis drei Wochen. Entzündungserscheinungen sind viel geringer bei einer längeren Reihe von Bestrahlungen, deren Gesamt-

dauer gleich ist der Zeit einer einzigen. Auch sind die Wirkungen viel lebhafter, wenn die Bestrahlungen in längeren Zeitabständen wiederholt werden. Gesicht und Arme sind empfindlicher als Beine und Rücken, kranke Haut widersteht schwächer als gesunde.

Was die physiologischen Veränderungen anlangt, so stehen sich zwei Hypothesen gegenüber. Oudin meint, dafs die Läsionen durch trophoneurotische Störungen der Hautnerven verursacht werden, während Kienböck der Ansicht ist, dafs eine chemische Veränderung der Haut, hervorgerufen durch Absorption der Strahlen, bestehe. Es bildeten sich hierdurch wirkliche Gifte, welche sich während der Latenzperiode anhäufen und danach eine Entzündung zum Ausdruck bringen.

Die Anwendung der Radiumstrahlen in der Therapie erstreckt sich namentlich auf die Behandlung des Lupus, von Lippen-, Gaumen- und Nasenkrebs, Haarausfall, Epitheliom; man hat also bislang hauptsächlich die zerstörenden Eigenschaften der Strahlen benutzt.

Das sechste Kapitel handelt von der induzierten Radioaktivität; im folgenden werden die Änderungen der Aktivität der Radiumsalze (Einfluſs der Wärme) erörtert.

Das achte Kapitel beschlieſst die verdienstvolle Arbeit mit Hypothesen über die Natur und die Ursachen der Erscheinungen.

Einige beigegebene, im Texte verstreute Abbildungen erleichtern das Verständnis des physikalischen Teiles. Dem Übersetzer muſs man es Dank wissen, diese Monographie, die ein so aktuelles Thema erschöpfend behandelt, durch die Übertragung ins Deutsche einem weiteren Leserkreise zugänglich gemacht zu haben.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft, von H. Senator und S. Kaminer. III. Abteilung. (J. F. Lehmanns Verlag, München 1904.) Zu den Büchern, deren Fortsetzungen mit Spannung erwartet werden, gehört zweifellos das vorliegende Werk, dessen dritte, schon dem Umfange nach nicht unbedeutende Abteilung vor uns liegt. Dieselbe enthält die für unsere Fachwissenschaft wertvollsten Abhandlungen, nämlich Ledermanns über „Hautkrankheiten und die Ehe“ sowie über „Syphilis und Ehe“, ferner Neissers „Tripperkrankheiten und Ehe“; des weiteren folgen die Kapitel „Erkrankungen der tieferen Harnwege, physische Impotenz und Ehe“, bearbeitet von Posner - Berlin, „Frauenkrankheiten, Empfängnisunfähigkeit und Ehe“ von Blumreich-Berlin, „Nervenkrankheiten sowie Geisteskrankheiten und Ehe“ von E. Mendel - Berlin und einige weitere Kapitel. Es sei einiges aus dem ersten der Abschnitte berichtet. Ledermann betrachtet die verschiedenen Dermatosen unter dem Gesichtswinkel der Ehefähigkeit ihrer Träger. Maſsgebend sind hierfür neben ärztlichen und gesundheitlichen Rücksichten auch kosmetische Gesichtspunkte. Mit der Lepra beginnen die Betrachtungen. Hier ist die Ehe aufs entschiedenste zu verbieten, obwohl die Tatsache besteht, dafs nicht bei jeder ehelichen Gemeinschaft mit einem Leprösen die andere Ehehälfte infiziert wird. Immunität, Klima und Bodenverhältnisse spielen dabei keine unwichtige Rolle. Die indische Kommission konnte nur 2,5 % ehelicher Leprainfektionen feststellen; dieser Teilsatz stieg bei fünf- und mehrjähriger Dauer dieser ehelichen Gemeinschaften auf 5 %. Nach Münch beträgt das Verhältnis etwas mehr, nämlich 11 %. Von den im Kreise Memel lebenden 25 Leprösen fand Blaschko bei zwölf Verheirateten keine Übertragung auf die Ehegatten, wohl aber drei Fälle einer solchen auf die Kinder. Ein Eheverbot dürfte allerdings kaum anzustreben sein. Ein in diesem Sinne in einer umschriebenen Gegend des russischen Reiches angestellter Versuch der Behörde hatte keinerlei positive Ergebnisse, da die Leprösen die Eheschlieſsungen durch List und Fälschungen der Papiere schlieſslich doch erwirkten

Für die Nachkommenschaft besteht die Hauptgefahr in der direkten Übertragung des Leidens von den Eltern auf die Kinder, wenn auch Lederмann eine hereditäre Erkrankungsmöglichkeit nicht vollkommen von der Hand weisen möchte. Bezüglich der Hauttuberkulose ist die Erlaubnis zur Eheschliefsung von Fall zu Fall zu geben. Ist ein Lupus völlig ausgeheilt, so dafs seine Narben keinerlei Reaktion auf Tuberkulin mehr zeigen, und wird der Träger der Affektion auch sonst gesund befunden, so ist die Ehe zu gestatten. Ist der Lupus noch nicht ausgeheilt, so steht die Angelegenheit anders. Ein oder mehrere umschriebene Herde bieten, sofern der Kranke übrigens keine Tuberkulose der Atmungsorgane aufweist, weniger Gefahren für eine Infektion des anderen Ehegatten als ausgebreitete, verstreute Lupusherde. Anzuraten ist jedem lupösen Ehekandidaten, die Ehe nicht zu schliefsen, bevor der krankhafte Hautprozefs oder noch mehr Lupusherde der Schleimhaut zur Heilung gebracht sind. Da letzteres aber nicht so schnell zu erzielen ist, scheitert schon durch diesen Rat des Arztes oft das Eheprojekt. Im allgemeinen kann man allerdings sagen, dafs Lupusübertragungen unter Eheleuten verhältnismäfsig selten zur Beobachtung kommen. Nur der an den Genitalien sitzende lupöse Herd neigt zur Übertragung. Auch eine Belastung der Nachkommenschaft ist kaum anzunehmen, selbst die vererbbare Disposition zu Tuberkulose ist beim Lupus geringer als bei den übrigen Formen der Tuberkulose. Für Kranke mit Tuberculosis verrucosa cutis und Scrophuloderma ist der Rat, vor der Eheschliefsung auf chirurgischem Wege Heilung zu suchen, angebracht. Von den übrigen Dermatosen kommen hauptsächlich die Schuppenflechte, das Ekzem, Pemphigus und Sklerodermie in Betracht. M'Call Anderson berichtet zwar einen Fall von Übertragung der Psoriasis von Ehefrau auf Ehemann nach mehrjährigem ehelichen Zusammenleben; im allgemeinen sind jedoch Infektionen derart wirkliche Seltenheiten. Die Nachkommenschaft erkrankt allerdings leicht an Psoriasis, vielfach sind mehrere Geschwister mit Schuppenflechte behaftet. Allerdings pflanzt sich diese Disposition auf die Deszendenz keineswegs nach bestimmten, stets gleichen Regeln fort. Bei den seltenen schweren Formen, als allgemeine exfoliierende Hautentzündung auftretender Psoriasis, ist die Eheschliefsung zu widerraten. Von Ekzemen kommen in der ehelichen Gemeinschaft das chronische, die Erwerbsfähigkeit auf lange hinaus aufhebende Ekzem und das in vielen Fällen den sexuellen Verkehr unmöglich machende, zu Schwunden, Rhagaden und elephantiastischen Verdickungen führende Genitalekzem in Frage. Bei Pemphigus foliaceus ist die Ehe direkt zu verbieten, aber auch bei Pemphigus vulgaris ist der Kranke stets vor der Eheschliefsung zu warnen, da Rückfälle auch nach langen Perioden von Gesundheit beobachtet werden und die Krankheit selbst hohe finanzielle Opfer im Laufe der Jahre fordert. Der Sklerodermiekranke soll ebenfalls vor vollendeter Heilung, und bevor danach eine längere Zeit ohne Rezidiv verflossen ist, nicht heiraten. Besonders ungünstig liegen die Verhältnisse bei Sklerodaktylie und dem diffusen Typus der Sklerodermie. — Die Kollegen seien aufs angelegentlichste auf das Buch aufmerksam gemacht. *Hopf-Dresden.*

Die Prostitution in Toskana und Sardinien, von Mantegazza und Ciuffo. (Cagliari 1904.) In dieser Arbeit wird hauptsächlich die anthropologische, soziologische und forensische Seite der Frage behandelt, während sie in dermatologischer oder venerologischer Beziehung weniger Interesse bietet. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Entwicklungsgeschichte des Deckhaares der weifsen Maus (Mus musculus, varietas alba), von R. Oyama-Nagasaki (Japan). (*Anatomische Hefte*. Heft 73, Band 28.) Die Untersuchungen wurden in der Weise angestellt, dafs Föten und junge Tiere in Zenkerscher Flüssigkeit in toto fixiert, kleine Stücke der Haut, des Bauches und des Kopfes in Paraffin eingebettet und in vollständige Serien von 7,5 μ bis 10 μ zerlegt wurden. Gefärbt wurde teils mit Hämatoxylin und Eosin, teils mit Eisenhämatoxylin und Pikrofuchsin. Schwierigkeiten bereitete die aufserordentliche Dünne des Haares und Haarbalges und die fast regelmäfsig auftretende Biegung des unteren Endes des Haarbalges und der Papille. Verfasser stellt am Schlusse das Ergebnis seiner Studien in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die erste Anlage des Haares der Maus ist eine rein epitheliale Bildung, bildet keine Erhebung der Epidermis, gleicht also in diesen beiden Punkten völlig dem menschlichen Wollhaare. Die am menschlichen Haarkeim ausgesprochene asymmetrische Anordnung seiner Epithelzellen ist auch bei der Maus vorhanden, dagegen fehlt in so frühen Zeiten bei letzterer die beim Menschen sichtbare Verschiedenheit der Form der Epithelzellen, welche die Entwicklung der Haarkanalzellen einleitet.

2. Rascher als beim Menschen tritt die erste Anlage der Haarpapille als ein kleiner Haufen rundlicher Bindegewebszellen auf.

3. Im Stadium des Haarzapfens erscheinen die ersten Haarkanalzellen; sie durchsetzen in mehr senkrechter Richtung, nicht schräg, wie beim Menschen, die Epidermis, treten bald in Verbindung mit deren Stratum corneum, doch kommt es bei der Verhornung nicht zur Bildung eines dem menschlichen ähnlichen hohlen Haarkanals; das nahezu fertige Maushaar liegt nicht in einem intraepidermoidalen Gang, sondern bricht in der Richtung seiner Längsachse sich hinaufschiebend durch. Ein Teil der Haarkanalzellen bleibt erhalten und ist auch noch zu sehen, wenn das Haar längst durchgebrochen ist.

4. Der Musculus arrector pili entwickelt sich, wie beim Menschen, aus einem kleinen Haufen von Mesenchymzellen.

5. Die Anlagen des Wulstes und der Talgdrüsen erscheinen bei der Maus viel später und sind unbedeutend ausgebildet.

6. An jedem Deckhaar der Maus entwickelt sich eine Markschicht. Die Marksellen gehen aus dem axialen Teil des epithelialen Haares hervor und wachsen in der Richtung von unten nach oben, während ihre Differenzierung in einer dem Wachstum entgegengesetzten Richtung erfolgt.

7. Ein Haarwechsel ist weder in fötaler Zeit noch in den ersten Wochen nach der Geburt an den Deckhaaren von Kopf und Bauch der Maus zu beobachten. Das bei der Maus späte Auftreten des Wulstes (des künftigen Haarbeetes) steht wohl damit in Zusammenhang, ebenso das Fehlen der beim Menschen vorhandenen Kernverschiebung in den Cylinderzellen der äufseren Wurzelscheide, die Kernverschiebung ist demnach als ein dem Entwicklungscyklus des Haares fremder Vorgang zu betrachten.

Die einzelnen Phasen der Entwicklung des Haares werden in 17 Figuren auf zwei Tafeln wirksam veranschaulicht. Die Anfertigung der Zeichnungen stammt von Prof. Ströer.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Untersuchungen über die Lebensfähigkeit von Epidermiszellen, von Heinrich Flörcken. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1905.) Zieht man aus den mikroskopischen Beobachtungen Schlüsse, so kommt man für die trocken aufbewahrten Läppchen zu folgendem Resümee: Die Läppchen gehen in der Weise zugrunde, daſs die Gewebe immer mehr schrumpfen, die Teile verdichten sich, treten immer näher aneinander heran. Die typische Differenzierbarkeit hört auf. Der Kern geht durch Pyknose zugrunde. Am längsten differenzierbar sind die basalen Reteschichten, relativ lang erhalten sind die Wurzelscheiden, auffallend ist die cystische Bildung der Haarbälge, die wohl als degenerativer Prozeſs aufzufassen ist. Das Gewebe geht zugrunde durch Atrophie, Austrocknung und Pyknose der Zellkerne.

Über die Veränderungen der feucht konservierten Läppchen läſst sich zusammenfassend folgendes sagen: Die Läppchen sind wohl etwas besser erhalten, als es bei den trocken aufgehobenen der Fall ist. Der Unterschied scheint allerdings kein groſser zu sein. Die am längsten konservierten Läppchen sind entschieden besser erhalten, als die gerade solange trocken aufgehobenen; die Schrumpfung und die Atrophie ist weniger weit fortgeschritten als bei den trocken aufbewahrten.

Fritz Loeb-München.

Mitteilungen zur Anatomie und Klinik des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut nach mikroskopischen Untersuchungen an verschiedenen Altersstadien, von Theodor Dependorf. (*Habilitationsschrift.* Jena 1903.) Eine vorzügliche, zu kurzem Referat nicht geeignete Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Über die Durchlässigkeit der Cuticula, von Johannes Karl Göbel. (*Botanische Dissertation.* Leipzig 1903. 40 S.) Verfasser stellt folgende Sätze als Hauptergebnis der interessanten Arbeit zusammen: 1. Die Cuticula läſst Gase und fettlösende Stoffe augenscheinlich fast ebenso leicht hindurch, wie eine nicht cuticularisierte Membran. 2. Die Cuticula ist für Alkalien, Säuren und solche Salze, deren Eindringen durch Plasmolyse konstatiert wurde, weniger leicht permeabel. 3. Kupfersulfat passiert in allen Konzentrationen die Cuticula schwer. 4. Für Quecksilbersublimat in dünnen Lösungen ist die Cuticula wenig permeabel. Die Durchgangsgeschwindigkeit wächst aber mit der Konzentration und zwar in höherem Maſse als diese. 5. Farbstoffe dringen zwar in groſser Menge durch die Cuticula, aber die Durchgangszeit ist im Verhältnis zu der bei nicht cuticularisierten Membranen so groſs, daſs die Cuticula als höchst hemmend für den Durchtritt von Farbstoffen angesehen werden muſs. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium der Resorption durch die Haut, von A. Zivebl. (*Il Morgagni.* 1904. Nr. 11.) Verfasser hat seine Experimente in der Art veranstaltet, daſs er den Vorderarm seiner Versuchsindividuen während 30—70 Minuten in eine Mossosche (zum Sphygmomanometer gehörende) Armwanne mit Salzlösungen (NaJ, NaCl, Na_2CO_3, Na salicyl. Methylenblau) tauchen lieſs und sodann in Zeiträumen den Urin untersuchte. Aus seinen Untersuchungen schlieſst er, daſs eine Resorption durch die Haut, vorausgesetzt, daſs diese intakt ist, gar nicht oder in einem unmerklichen Grade stattfindet, selbst bei hohen Konzentrationen der Lösungen und wenn die Dauer des Bades eine Stunde nicht übersteigt. Der Resorption steht einmal der Talgüberzug der Haut im Wege, dann aber hauptsächlich gewisse Substanzen (Cholestearinäther), welche in den Zellen der oberflächlichen Hautschichten enthalten sind. Bei länger dauernden Bädern ist es jedoch wahrscheinlich, daſs dieser natürliche Damm überwunden und geringere Mengen Salze (wahrscheinlich durch die Knäueldrüsen) resorbiert werden können. *C. Müller-Genf.*

Über die Resorption des Silbers von der Haut aus, von I. Bamberger. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Lichterscheinungen nach Reibung der menschlichen Haut mit Glühlampen, von Sommer-Giefsen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 8.) Verfasser machte durch Zufall die Wahrnehmung, dafs bei der Berührung seiner Hand mit einer elektrischen Glühlampe, ohne dafs der elektrische Strom geschlossen war, an dieser Lichterscheinungen auftraten, die wie ein Lichtnebel aussahen und Teile der Birne sowie der Finger erhellten. Eine nähere Prüfung des Phänomens ergab, dafs es an neuen resp. wenig gebrauchten Lampen durch Reiben an der Haut, aber auch an anderen Stoffen, wie wollenen Tüchern, Kleidern, Leinwand, zustande kommt, dafs es also allgemein physikalische Beschaffenheit hat. Der merkwürdige Wechsel der Erscheinung bei gleicher Lampe an verschiedenen Körperstellen, zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Personen zeigt aber, dafs sie von gewissen physiologischen Bedingungen abhängig sein mufs. Diesen nachzugehen wird die Aufgabe der weiteren Forschung sein. Einen objektiven Beweis für das Vorhandensein der Lichterscheinungen hat Verfasser dadurch erbracht, dafs er ihre Wirksamkeit auf die photographische Platte feststellte. *A. Loewald-Kolmar.*

Menschliche Haut und Elektrizität, von Otto Neustätter-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 18.) Im Jahre 1904 hat Harnack im *Centralbl. f. Physiol.* mitgeteilt, dafs es ihm gelungen sei, eine Magnetnadel in einem mit Glas bedeckten Kompafs durch Reiben mit der Fingerspitze abzulenken; er glaubt zur Erklärung dieser Erscheinung eine Art elektrischer Ladung der Haut, also ein Produkt der Lebenserscheinungen heranziehen zu müssen. Kurze Zeit darauf beobachtete Sommer (siehe vorstehendes Referat), dafs beim Reiben neuer oder ganz wenig gebrauchter, nicht brennender Glühlampen auf der Haut an der Glasbirne Lichterscheinungen, bestehend in einem blafsgrünlichen Aufleuchten der Glaswand, auftreten. Obwohl sich nun Sommer selbst davon überzeugte, dafs die gleiche Lichterscheinung auch beim Reiben von Glühlampen mit Leinewand, wollenen Tüchern, Kleidern usw. entstehe, griff er doch zur Erklärung seiner Beobachtung ebenfalls, allerdings vorsichtiger als Harnack, auf physiologische Momente, elektrische Strömungen in der menschlichen Haut zurück. N. hat die Versuche Sommers nachgemacht und sah die nämlichen Lichtphänomene. Er konstatierte aber weiter, dafs während des Reibens der Kohlenfaden klirrend gegen die Glasbirne anschlug, ja zuweilen an der Glaswand anklebte, dafs ferner der Kohlenfaden, nachdem die geriebene Lampe angeschraubt und zum Leuchten gebracht war, beim Nähern und Entfernen der Hand sich in höchst merkwürdiger Weise bewegte. „Das sah nun nach wahrhaftigem Magnetismus aus!“ Die gleiche Bewegung des Kohlenfadens trat aber auch auf, wenn ein Geldstück, Papier, Holz, ein Besenstiel usw. der vorher geriebenen Lampe genähert wurde; damit war ausgeschlossen, dafs „tierischer Magnetismus“ oder auch nur eine „physiologische“ elektrische Erscheinung in der Hand die Ursache der Bewegung des Kohlenfadens war. Es handelt sich bei all diesen Vorgängen um Erscheinungen statischer Elektrizität; es ist sicher nichts Mystisches oder Physiologisches, sondern nur Physikalisches im Spiel. J. Stark hat schon 1899 in seiner Arbeit, „Über die Entladung von Elektrizität von galvanisch glühender Kohle“ (*Ann. d. Phys. u. Chem.*, von G. und E. Wiedmann, 1899, pag. 919) die hier einschlägigen Versuche zum gröfsten Teile erwähnt und ihre Ergebnisse gedeutet.

Der Hauptgrund nun, warum N. Harnacks und Sommers, sowie seine eigenen Beobachtungen ausführlich bespricht, ist, eindringlich darauf hinzuweisen, dafs für solche Experimente so lange nur physikalische Erklärungsversuche zulässig sind, als deren Unzulänglichkeit nicht erschöpfend bewiesen ist; Harnack wie Sommer haben seiner Ansicht nach zu rasch physiologische Erklärungen herangezogen, wo noch Erklärungsmöglichkeiten innerhalb der physikalischen Grenzen vorhanden oder jedenfalls

nicht ausgeschlossen waren. Solche „physiologische“ Deutungen werden aber leicht mifsverstanden und stärken dann den Aberglauben im Volke und fördern die Selbstüberhebung und Gaukelei der Magnetiseure. *Götz-München.*

Über Hautsinnesorgane neben dem menschlichen Haar (Haarscheiben) und ihre vergleichend anatomische Bedeutung, von Felix Pinous-Berlin. (*Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwicklungsgesch.* Band 65. 1904.) Bei Säugetieren der verschiedensten Ordnungen kommen an der behaarten Haut circumskripte, stark innervierte Bezirke vor, welche als der Sitz besonderer Nervenendorgane (Sinnesapparate) anzusehen sind. Diese bisher unbekannten Organe werden von Pinous als „Haarscheiben“ bezeichnet. Sie bestehen aus einer Kappe verdickten, eigenartig modifizierten Epithels und einer Cutispapille. Haarscheiben finden sich an der menschlichen Haut fast über den ganzen Körper verbreitet, sie liegen dicht neben den Haaren und bilden rundliche, 1 mm und mehr messende Gebiete, dermo-epidermoidal gebaut. Sie hängen ihrer Innervation nach, sowie nach ihrer Lage eng mit den Haaren zusammen; sie liegen im spitzen Winkel zwischen freiem Haarschaft und der Hautoberfläche. Im stumpfen Winkel zwischen freiem Haarschaft und Hautoberfläche, genau der Haarscheibe gegenüber, liegt beim Menschen ein anderes, deutlich begrenztes, glattes Haarfeld, welches als Schuppenrudiment zu deuten ist. Mit den bisher bekannten Anhangsorganen des Haarfollikels (Drüsen, Muskeln, Nerven, Gefäfsen) zusammen konstituieren die Haarscheiben und die Schuppenrudimente ein wohldefiniertes Gebiet, für welches der Name Haarbezirk vorgeschlagen wird. Haarscheiben sind bisher gefunden worden bei den Monotremen (Echidna, Ornithorhynchus, Insektivoren, Nagetieren, Primaten, Cynocephalus, Homo). Da unter anderen gerade die niedersten Säugetiere sie in der ausgebildetsten Form besitzen, ist es wahrscheinlich, dafs sie nicht erst im Säugetierstamm entstanden sind, sondern bereits von den Vorfahren der Säuger auf diese vererbt sind. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs die Haarscheiben mit den einzigen, ihnen ähnlich gebauten Nervenendapparaten, den Tastflecken der Reptilien und Amphibien (Krokodil, Schlange) zu vergleichen sind. Die Haarbezirke sind morphologische Äquivalente der Reptilienschuppen. In beiden liegen die zugehörigen Nervenendapparate am Hinterrande. Die Schuppenpapille der Reptilien entspricht dem Bindegewebsbezirke in dem als Haarbezirk (Schuppenbezirk) benannten Gebiet der Säugetierhaut. Die Schuppe der Säugetierhaut ist infolgedessen niemals ein einfaches Homologon der Reptilienschuppe, sondern entspricht stets nur einem Teil von ihr. Die Lage des Haares im Haarbezirk zwischen Scheibe und Schuppenrudiment entspricht einer Stelle der Reptilienschuppe, welche undifferenziert ist. Das Säugetierhaar hat kein Homologon in dem Gebiet der Reptilienschuppe, sein Platz ist leer. Die Haarpapille ist mit der Schuppenpapille nicht vergleichbar. Von ihr ist in der Reptilienschuppe ebensowenig wie vom Haar eine Spur vorhanden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Talgdrüsen und ihre Sekretion. Anatomisch-physiologische Studie, von Hans Bab-Berlin. (Festschrift, H. Senator gewidmet.) Im ersten Kapitel der verdienstvollen Arbeit verbreitet sich Verfasser in eingehender, erschöpfender Weise über das Vorkommen der Talgdrüsen in der Tierwelt und über ihre Funktion. Systematisch und übersichtlich werden die Talgdrüsen bei den einzelnen Tiergattungen durchgesprochen. Die Talgdrüsen, ihr Entstehen und Vergehen, ihre zahlreichen Modifikationen sind nach den Ausführungen des Verfassers etwas durchaus Notwendiges für den Organismus. Fast an jedem einzelnen Tier ist das nachzuweisen, mögen sich die Drüsen auch unter den verschiedenartigsten Lebensbedingungen und an den verschiedensten Stellen des Körpers finden.

Der folgende Abschnitt ist der Entwicklungsgeschichte, der Anatomie und Physiologie der Talgdrüse gewidmet. B. gibt namentlich zur feineren Anatomie aus eigenen Untersuchungen wertvolle Ergänzungen. Aus diesen ist folgendes hervorzuheben: Die Verfettung ist am Grunde des Talgdrüsenbeutels am deutlichsten zu verfolgen. Schon die peripheren Zellen weisen verschiedentlich Fetttröpfchen auf. Nach innen zu findet man voluminöse Zellen mit grofsen Fetttropfen; so fand Verfasser z. B. solche mit ca. 15—18 grofsen Tropfen. Die Talgdrüsenepithelien verhalten sich färberisch wie die Zellen der äufseren Haarwurzelscheide. Das Haar ist besonders zwischen Talgdrüsenmündung und Hautoberfläche eingefettet, vor allem stark an der Austrittsstelle aus der Haut.

Die Zellkerne der Wandung sind elliptisch, oft blasig hell, zeigen dunkle Chromatinkörper, sowie meist 2—3 Nucleoli. Manchmal umfafst ein mondsichelförmiger Kern ein detailloses, vakuolenartiges Protoplasmabläschen. Oder aber der Kern ist gröfser und wird nun von der Vakuole eingebuchtet. Durch die auftretenden Fettkugeln wird der Kern allmählich in seiner Gestalt modifiziert. Ein Zeichen der Kerndegeneration scheint die fortschreitende Zusammenballung der Chromatinsubstanz zu sein, und zwar zu schwarzen Kügelchen, ein Vorgang, der nach dem Verfasser vollständig dem Verhalten der von B. in seiner Schrift über die Colostrumbildung als „kugelkernpolynukleäre" bezeichneten Zellen entspricht. Im Ausführungssekret findet man als einzigen Überrest der zugrunde gegangenen Kerne zahlreiche gröfsere und kleinere schwarze Kügelchen.

Das Fett der Talgdrüsenepithelien entsteht in den Zellen selbst und wird später durch Zellzerfall frei.

Am Schlusse dieses Abschnittes erwähnt dann noch Verfasser das Vorkommen von Talgdrüsen an Stellen, an denen sie normalerweise fehlen, er bezeichnet dies mit dem Namen Heterotopie.

Das letzte Kapitel behandelt die Physiologie der Talgdrüsensekretion. Das Hauptergebnis der Studien auf diesem Gebiete ist der Nachweis, den Verfasser liefert, „dafs die Fettbildung in der Talgdrüsenzelle ein echter, vitaler Sekretionsvorgang ist und nicht, wie man von Virchow an bis heute annahm, eine fettige „Metamorphose". Die Epithelien der Talgdrüsen sezernieren durch einen aktiven chemischen Prozefs Fett. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Über die Funktion der Talgdrüsen und deren Beziehung zum Fettstoffwechsel, von A. Buschke und Arthur Fränkel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 12.) Die umfangreichen Untersuchungen zeigten, dafs das Physostygmin imstande ist, eine stärkere Entleerung von Sekret aus den Meibomschen Drüsen, möglicherweise auf indirektem Wege durch Einwirkung auf glatte und quergestreifte Muskulatur zu bewirken. Die hierbei beobachteten histologischen Vorgänge und Untersuchungen des Sekrets haben es wahrscheinlich gemacht, dafs auch die Talgdrüsen der Säugetiere in erster Linie das Fett sezernieren und der Untergang ihrer Zelle im wesentlichen einen sekundären Vorgang darstellt. Die weitere physiologische Untersuchung hat gezeigt, dafs zwar die Möglichkeit der Ausscheidung von Nahrungsfett unter besonders günstigen Bedingungen nicht ganz von der Hand zu weisen ist, aber eine Analogie dieser Drüse mit der Bürzeldrüse nach dieser Richtung hin keineswegs besteht. Aus alledem geht hervor, dafs unsere Kenntnisse über die Funktion dieser weit verbreiteten und wichtigen Drüsen zwar allmählich sich zu klären beginnt, aber erst als der Anfang der Forschung auf diesem schwierigen und verwickelten Gebiete zu betrachten sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Amöbismus und Phagocytose der Leukocyten des Trippereiters, von M. Favre. (*Thèse de Lyon.* 1904.) Die Leukocyten des Trippereiters leben und sind

imstande, amöboide Bewegungen zu machen, die ganz denen der weifsen Lymph- und Blutkörperchen analog sind. Diese Bewegungen können bei gewöhnlicher Zimmertemperatur beobachtet werden, ohne dafs es nötig wäre, den Objekttisch zu heizen.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Nävuszellen und der Nävustumoren, von J. H. Zaaijer. (Inaug.-Dissert. Leyden 1903.) Holländisch. *Fritz Loeb-München.*

Mikroskopische Technik.

Über Gonokokkenfärbung mit spezieller Berücksichtigung der klinischen Praxis, von Friedrich Schmid. (Inaug.-Dissert. München 1902.)

Fritz Loeb-München.

Über spezifische Agglutination von Streptokokken aus Scharlachanginen und extrabuccalem Primäreffekte, von Edwin Rossiwall und Béla Schick. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 1.) Verfassern ist es gelungen, in einem sicheren extrabuccalem Scharlachfalle mit aufsen abgeschlossenem Primäraffekte — es handelte sich hier um einen Wundabscefs bei einem bruchoperierten Knaben — Streptokokken in Reinkultur nachzuweisen, die durch Scharlachserum Moser spezifisch hoch agglutiniert werden; und in weiteren elf Fällen war es ihnen möglich, im regulären Primäraffekt (Scharlachangina) neben anderen nicht agglutinierbaren Streptokokken solche zu finden, die vom Scharlachserum Moser in gleicher Weise spezifisch agglutiniert wurden. Daraus folgern beide, dafs die in den Belägen der Scharlachangina nachweislichen Streptokokken nicht einheitlich sind, sondern verschiedenen, durch Agglutination unterscheidbaren Gruppen angehören. Verfasser vermeiden es bei der geringen Anzahl der Fälle, in bezug auf die Ätiologie den naheliegenden Schlufs zu ziehen, dafs Scharlach durch eine spezifische Streptokokkeninfektion bedingt ist.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Ein neues Trichophyton mit violett-farbiger Kultur, in Flandern beobachtet, von A. Minne-Gand. (*Ann. de la Soc. de Méd. de Gand.* 1904. Bd. 2. S. 49.) In einem schon seit acht Jahren bestehenden Kopfgrind, der in kleinen inselförmigen Alopecien den sonst gesunden Haarwuchs unterbrach, konnte Minne auf dem Milieu international (destilliertes Wasser 100, Glycerin 4, Pepton 1 [Chassaing-Paris], Agar 1,40) eine Trichophytonkolonie sich entwickeln sehen, die im Gegensatz zu der runden, weifsen, trockenen und flaumartigen Kolonie des weifsen Trichophytons zunächst gelblich, feucht und geschlängelt war und schliefslich nach drei Wochen eine violettschwarze Farbe annahm, und der sich noch in folgendem von dem weifsen Trichophyton unterscheidet: Langsame Entwicklung auf allen Nährböden, feuchtes Aussehen und Schlängelung der Kultur, Verflüssigung der Gelatine nach sechs bis sieben Tagen, Fehlen der klassischen Fruktifikationsform, Bildung von Conidien und Endoconidien. Unter den Champignons-Parasiten gibt es eine Art, das Trichophyton megnini, welcher in mancher Beziehung dem Minneschen Trichophyton gleicht; aber dieses Trichophyton ist ein reiner Endothrix und zeichnet sich durch seine violette Farbe aus.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen.)

Über Reinkultur von Ulcus molle-Bazillen, von Fritz Fischer. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Aus der fleifsigen Arbeit sei hier nur die Besprechung der äufserst verschiedenartigen Formen der Ulcus molle-Bazillen im Eiter wiedergegeben: 1. Form: Kurzes, gedrungenes Stäbchen, isoliert liegend, in seiner ganzen Ausdehnung gleich dick, ohne Farblücke in der Mitte und mit abgerundeten Enden. Länge 1,5—1,7 μ, Breite 0,4 μ. 2. Kurzes gedrungenes Stäbchen mit leichtem Eindruck in

der Mitte beider Längsseiten, im übrigen dem sub 1 gleich. „Hantelform" Kreftings. 3. Der Bacillus bietet den Anblick eines Diplococcus. Beide Kügelchen berühren sich in der Mitte und sind nicht etwa durch einen hellen Raum getrennt. Länge 1,0—1,5 μ. Breite 0,3—0,4 μ. „Doppelpunktbacillus" Unnas und „8-Form" Ducreys. 4. Ganz kurzes Stäbchen, das sich kaum von einem Coccus unterscheiden läfst. Länge 0,4 μ, Breite 0,3—0,35 μ. 5. Der Bacillus zeigt einen zentralen ungefärbten Raum; letzterer hat die Form eines Ovals, dessen längere Achse mit der Längsachse des Bacillus zusammenfällt. Dadurch gewinnt der Mikroorganismus den Anblick eines Rechtecks oder, wenn die Enden mehr abgerundet sind, den eines Schiffchens. Form „en navette" der Franzosen. Die Längsseiten desselben zeigen nach den Beobachtungen des Verfassers nie einen Eindruck in der Mitte, sondern sind deutlich in Form zweier gerade verlaufenden Linien sichtbar. Die Breite dieses Bacillus ist *stets* beträchtlicher als die der bisher aufgezählten Formen, sie beträgt 0,5—0,6 μ, die Länge 1,1—1,5 μ. Diese „Schiffchenform" trifft man in den oberen Schichten des Eiters nur sehr selten an; dagegen etwas reichlicher in der Nähe des Geschwürsgrundes. Sie ist aber überhaupt nicht so häufig, wie von den meisten französischen Autoren angegeben wird.

Im weiteren beschreibt Verfasser seine eigene Kulturmethode und seine Resultate, die im Original studiert werden müssen. *Fritz Loeb-München.*

Hygiene.

Die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, von Berger-Hannover (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1905. Nr. 4.) Ausgehend von dem Gedanken, dafs namentlich in Dörfern die Infektionskrankheiten durch Besuche seitens Verwandter und Bekannter hauptsächlich verbreitet werden, hat Verfasser in zwei Dörfern, in denen Scharlach und Diphtherie ausgebrochen waren, durch den Ausrufer folgendes bekannt machen lassen: „1. Im Dorfe herrscht Diphtherie bezw. Scharlach. 2. Das ist eine sehr ansteckende Krankheit. 3. Die Krankheit hat häufig den Tod zur Folge. 4. Es wird auf das dringendste gewarnt, Häuser, in denen kranke Kinder sind, unnötig zu besuchen." Der Erfolg war überraschend; die Krankheit trat dann noch in zwei Fällen auf und war dann verschwunden. B. verhehlt sich nicht, dafs auch noch andere Gründe für das Verschwinden der Krankheit sicher mit in Betracht kommen, aber er meint, dafs seiner Mafsnahme ein gut Teil des Erfolges zuzusprechen ist und empfiehlt dieselbe angelegentlichst zur Nachprüfung.

Verfasser fügt noch hinzu, dafs in New York von der Gesundheitsbehörde an den Türen von Haushaltungen, in denen ansteckende Krankheiten ausgebrochen sind, Zettel aufgeklebt werden mit der Warnung für Fremde, diese Räume zu betreten. Die Zettel werden erst von der Behörde wieder entfernt, wenn die Krankheit erloschen ist.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über die Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. Lesser-Berlin. (*S.-A. Klinisches Jahrbuch.* XIII. Band. Gustav Fischer-Jena, 1904.) Vortrag aus dem vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preufsen veranstalteten Cyklus „Volksseuchen". Die Ansichten des Verfassers dürfen bei den Lesern *dieser Zeitschrift* wohl als bekannt vorausgesetzt werden. Im wesentlichen verlangt Verfasser die Einrichtung von Polikliniken zur unentgeltlichen Behandlung Prostituierter; die Sittenpolizei soll beibehalten werden, aber nur in Funktion treten, wenn den ärztlichen Anordnungen nicht Folge geleistet wird. Von der Poliklinik selbst darf nie Anzeige an die Sittenpolizei erfolgen. Was die Kasernierung der Pro-

stitution betrifft, so verkennt Verfasser die Schwierigkeiten nicht, die sich der Neueinführung von Bordellen entgegenstellen würden, glaubt aber, dafs das Vorhandensein von Bordellen bezüglich der Hebung der öffentlichen Moral und der Verminderung des entsittlichenden Einflusses der Prostitution auf die Bevölkerung, sowie bezüglich der Verminderung der Verführung durch die öffentliche Provokation auf der Strafse unleugbaren Nutzen bringen würde. *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Frage der sexuellen Belehrung der Jugend, von Wilhelm Gräffner-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 2.) Im Sinne „einer Plauderei" erzählt Gräffner, wie zu Breslau schon vor dreifsig Jahren er die Absicht hatte, die Bedeutung eines belebten anatomischen und physiologischen Unterrichtes in höheren Schulen zur Anerkennung zu bringen. Er erzählt: Schier dreifsig Jahre ist es her, dafs ich meine Doktordissertation dem Breslauer Dekan, dem Vertreter der Geschichte der Medizin, einreichte. Als erste These war folgende der eigentlichen Arbeit angefügt: „Im Lehrerkollegium jeder höheren Schule soll ein Arzt Sitz und Stimme haben, welcher in den beiden Oberklassen wöchentlich und mindestens eine Stunde über Bau, Funktionen und Pflege des Körpers Unterricht erteilt."

Noch heute, sagt Gräffner weiter, beharre ich dabei, dafs die von mir empfohlene Belehrung dringlicher ist sogar als die mathematische Geographie und die sogenannte „Logik".

Da nun einmal die Bibel schlankweg den Schülern in die Hand gegeben und nichts von dem manchmal für die Jugend recht sehr „Interessanten" weggelassen wird, wenn der Horaz und die griechischen Lyriker, deren Verlangen oftmals recht stark nach Bordell, allerdings klassischen Beigeschmackes, riechen, ungestrichen gegeben wird, dann ist es auch wohl an der Zeit, das Körperliche und den Körper in Erwähnung und Beachtung zu ziehen und dessen Forderungen mit der Jugend durchzugehen; erst dann wird die obige Lektüre ihren Kitzel verlieren.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Zur Statistik der venerischen Erkrankungen unter spezieller Berücksichtigung der in der Hautklinik zu Leipzig in den Jahren 1897—1902 inklusive behandelten Patienten, von Clemens Einhaus. (Inaug.-Dissert., Leipzig 1904.) Eine sehr interessante Arbeit. Die erste Hälfte wird ausgefüllt von statistischen Tabellen. Aus den Tabellen ist zunächst ersichtlich, dafs die Geschlechtskrankheiten keine konstante Frequenz zeigen. An erster Stelle ist in den einzelnen Jahren ein mehr oder minder grofser Frequenzunterschied vorhanden, und zwar nicht etwa in dem Sinne, dafs von Jahr zu Jahr eine Steigerung der Geschlechtskrankheiten sich geltend macht, sondern die Unterschiede in den einzelnen Jahresfrequenzen sind regellos. So hat das Jahr 1897 die geringste Zahl an männlichen Geschlechtskranken aufzuweisen, nämlich 418, an zweiter Stelle folgt 1901 mit 499 Kranken; nach steigender Frequenz folgen dann 1900 mit 502, 1898 mit 534, dann 1902 mit 535 und endlich 1899 mit 567 Kranken. Die Tabellen über die Frequenz der weiblichen Geschlechtskranken innerhalb der sechs Jahre geben wieder ein anderes Bild. Einmal sind die Jahresfrequenzen teilweise bedeutend kleiner als bei den Männern, aufserdem sind die Frequenzunterschiede der einzelnen Jahre unter sich nicht aufsergewöhnlich grofs. Dagegen zeigen auch hier, ebenso wie bei den Männern, die Geschlechtskrankheiten nicht von Jahr zu Jahr eine steigende Progression, sondern die Frequenz wechselt in den einzelnen Jahren mehr oder minder. An der Hand der Tabellen läfst sich ferner die Tatsache feststellen, dafs kein bestimmter Zeitabschnitt, z. B. irgend ein Vierteljahr alle sechs Jahre hindurch, eine ziemlich analoge Krankheitsfrequenz aufweist, ferner verhalten sich auch die vier Vierteljahre eines einzelnen Jahres in bezug auf Krankheitsfrequenz zuweilen sehr ungleich. Bei den weiblichen

Kranken ist in verhältnismäfsigen Zeitabschnitten ebenfalls kein regelmäfsig wiederkehrender Typus der Frequenz zu konstatieren; doch hat auch hier das erste Vierteljahr teilweise eine hohe Frequenz. Die Frequenzunterschiede in gröfseren Zeitabschnitten eines einzelnen Jahres sind zuweilen noch erheblicher als die in entsprechenden Zeitabschnitten mehrerer Jahre.

Analog gröfseren Zeitabschnitten verhalten sich auch die einzelnen Monate hinsichtlich ihrer Krankheitsfrequenz zuweilen sehr ungleich. In den einzelnen Jahren sind es durchaus nicht dieselben Monate, welche hohe Frequenzziffern liefern; am konstantesten verhält sich allerdings noch der Januar, er hat, mit Ausnahme von 1898, durchweg eine hohe Erkrankungsziffer zu verzeichnen und in den Jahren 1899 bis inklusive 1902 sogar die höchste Monatsfrequenz. Der Juli hatte in keinem Jahre die höchste Monatsfrequenz zu verzeichnen, dagegen viermal eine Frequenz, die zur Jahresfrequenz in einem gröfseren Bruchteile steht als 1 : 12. Bei den Weibern liegen die Verhältnisse hinsichtlich der Differenz der einzelnen Monatsfrequenzen ziemlich analog wie bei den Männern. Auch die Monate mit der geringsten Frequenz sind in den einzelnen Jahren verschieden.

Was die Verteilung der einzelnen Krankheiten betrifft, so nimmt die Blennorrhoe die erste Stelle ein. In der überwiegenden Mehrzahl, nämlich in 28 Monaten, nimmt sie sogar die Hälfte bis zwei Drittel aller Erkrankungen ein. Am zweithäufigsten kommt bei den Männern das Ulcus molle vor, aber einmal ist das Verhältnis zur Gesamtfrequenz viel kleiner und aufserdem variieren die einzelnen Monate hinsichtlich der Frequenz des Ulcus molle viel mehr, als dies bei der Blennorrhoe der Fall ist. In 17 Monaten steht das Ulcus molle zur Gesamtfrequenz in dem Verhältnis $^1/_3$ bis $^1/_5$ bezw. $^1/_6$. Die Lues steht in bezug zu der Gesamtfrequenz der Erkrankungen bei den Männern durchschnittlich in der Mitte zwischen Blennorrhoe und Ulcus molle; dafs die Syphilis an Zahl die Hälfte aller Erkrankungen beträgt, kommt innerhalb der sechs Jahre in keinem einzigen Monat vor und in neun Monaten steht sie zu der Gesamtfrequenz in einem Verhältnis, das zwischen $^1/_2$ und $^1/_3$ liegt. Bei den Weibern verhalten sich die einzelnen Krankheitsformen gegenüber der Gesamtfrequenz teilweise anders. Hier steht die Frequenz der an Syphilis erkrankten zu der Gesamtfrequenz in den einzelnen Monaten vielfach in demselben Verhältnis, wie dies bei den Männern hinsichtlich der Blennorrhoe der Fall war. Die geringste Frequenz hat bei den weiblichen Patienten durchschnittlich das Ulcus molle zu verzeichnen.

Was das Alter der männlichen Kranken anbetrifft, so rekrutiert sich der gröfste Teil derselben aus Personen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, sie bilden durchschnittlich zwei Drittel, teilweise sogar noch einen etwas gröfseren Bruchteil der Gesamtfrequenz, und zwar fallen in das Alter von 20 bis 25 Jahre fast doppelt soviel Erkrankungen als in die Zeit von 25 bis 30 Jahre. Die nächst höhere Erkrankungsziffer liefert das 15. bis 20. Lebensjahr. Dann folgt das Alter zwischen dem 30. und 40. Jahre. Die Kranken dieses Alters machen durchschnittlich $^1/_5$ bis $^1/_{10}$ der Gesamtfrequenz aus. Kranke mit einem Alter von 40 bis 50 Jahren bilden schon einen ziemlich kleinen Bruchteil der Gesamtfrequenz; sie rangieren mit Verhältniszahlen zwischen $^1/_{25}$ und $^1/_{35}$. Der gröfste Teil der weiblichen Kranken steht ebenfalls in einem Alter zwischen dem 20. und 25. Jahre, dann folgt im Gegensatze zu den Männern zuerst das Alter von 15 bis 20 Jahre.

Die letzte Tabelle gibt einen Überblick über die verschiedenen Berufsklassen, aus denen sich das Krankenmaterial zusammensetzt. Das gröfste Kontingent der Erkrankten stellen die Handwerker nebst Professionisten; sie bilden durchschnittlich die Hälfte bis den dritten Teil der Gesamtfrequenz, und zwar kommt das Verhältnis stets mehr $^1/_2$ als $^1/_3$ näher. Die Arbeiter stellen nach den Handwerkern die zweit-

höchste Erkrankungsziffer; sie bilden durchschnittlich $^1/_5$ bis $^1/_6$ der Gesamtfrequenz. Nicht unerheblich ist auch die Frequenz der Erkrankungen unter den Kutschern. Zwei Berufsklassen sind in den einzelnen Jahren durchschnittlich gleich stark vertreten, nämlich einerseits die Kaufleute und Reisenden, andererseits die Kellner. Nach absteigender Frequenz folgen dann die Studenten. Der Rest der Kranken verteilt sich auf verschiedene Berufsklassen; unter diesen haben die Friseure, Bahnbeamte und drittens die Schreiber eine ziemlich gleiche Beteiligung. Mit den geringsten und einander ziemlich analogen Frequenzziffern folgen dann zuletzt einerseits die Gärtner und Krankenwärter, andererseits die Schauspieler und Privatiers.

Die meisten weiblichen Kranken rekrutieren sich aus Prostituierten: auf sie entfällt die Hälfte bis der dritte Teil aller Kranken. An zweiter Stelle folgen dann die Arbeiterinnen. Eine teilweise gleiche Krankheitsfrequenz stellen die Dienstmädchen. Den nächst geringen Prozentsatz an Geschlechtskranken bilden die Kellnerinnen, die aber trotzdem noch immer ein ziemlich grofses Kontingent stellen. Nach absteigender Frequenz folgen dann als nächste vier Kategorien: Köchinnen, Schneiderinnen, Verkäuferinnen und schliefslich verheiratete Frauen. Die geringsten und einander nicht sehr ungleichen Frequenzziffern entfallen auf die folgenden Berufe: Kinderfräulein, Sängerin und Kontoristin.

In seinen Schlufsbemerkungen bespricht Verfasser noch: 1. Das Verhältnis der Frequenz der Geschlechtskranken innerhalb der sechs Jahre zu der Gesamtfrequenz der in demselben Zeitraum überhaupt im Krankenhaus behandelten Kranken, und 2. das Verhältnis der Frequenz der Geschlechtskranken innerhalb der sechs Jahre zu der Frequenz der auf der dermatologischen Abteilung behandelten Kranken.

Fritz Loeb-München.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über chronische Hautkrankheiten, von Robert M. Sterrett - New York. (*St. Louis Courier.* Jan. 1905.) St. hebt bei der Beurteilung von langwierigen Hautaffektionen die Wichtigkeit hervor, welche der Zustand von Magen, Darm und der Nieren hat und welche ungeeignete Kost besitzt (grofse Mengen von Süfsigkeiten usw.). Die Behandlung dieser Dermatosen, wie Akne, Urticaria, Prurigo, Impetigo, Ekzema, ist daher ebenso eine innere wie äufsere. Eines der häufigst gebrauchten inneren Mittel ist As, welches zwar von Nutzen bei trockenen (schuppenden) Hauterkrankungen, eher schädlich aber bei akuten Affektionen ist. Nach Sterretts Erfahrung gibt es nun Mittel, welche sowohl durch ihren direkten Einfluſs auf die Haut wie die Allgemeinernährung besser wirken wie Arsenik; zu diesen gehört Alnus (nähere Angaben über diese Droge sind leider nicht enthalten, Ref.), dessen Alkaloid Alnuin in der Dosis von 0,01—0,03 g drei- bis viermal täglich lange Zeit hindurch ohne Schaden genommen werden kann. Bei gleichzeitig entsprechender Diät und Darreichung von Abführmitteln hat es oft überraschende Erfolge gegeben und St. empfiehlt die Anwendung des Alnuins, welches frei von Nebenwirkungen sei, bei fast allen Arten chronischer Hauterkrankungen; was die Applikation der äufseren Mittel betrifft, so hat ja fast jeder Arzt sein Lieblingsmittel, welches er nach Ermessen anwenden möge.

Stern-München.

Über die Rolle des Staphylococcus aureus und des Bacillus pyocyaneus bei einigen Dermatosen, von Mantegazza. (Cagliari 1904.) Der Staphylococcus bildet in der Haut Pigment, dessen Menge jedoch verschieden ist und mit der Virulenz des Coccus nicht im Verhältnisse steht, so zwar, dafs ein Staphylococcus aureus mit

spärlicher Pigmentbildung sehr virulent sein kann und umgekehrt. Die Bildung von Hämolysin ist nicht konstant und variiert nicht nur von einem Falle zum anderen, sondern bei demselben Staphylococcus unter verschiedenen Existenzbedingungen. Agglutinin konnte im Blutserum von Kaninchen, die tödliche Injektionen von Staphylokokkenkulturen erhalten hatten, niemals nachgewiesen werden. Das Fehlen von Hämolysion und Agglutinin im Serum erlaubt keineswegs eine bestimmte Staphylokokken-Spezies als Saprophyt zu betrachten, während der positive Befund unbedingt für den pathogenen Charakter des Pilzes spricht. Der Staphylococcus aureus mit allen den pathogenen Spezies eigenen Merkmalen findet sich nicht nur bei den eigentlichen Pyodermiten, sondern auch bei anderen Dermatosen, wo er von einzelnen Autoren als von sekundärer, accessorischer oder von gar keiner Bedeutung betrachtet wird (Impetigo von T. Fox, akute Dermitiden nach oder im Verlaufe von Impfpusteln, Ekzeme bei tuberkulösen Individuen). Der Staphylococcus und der Bacillus Pyocyaneus werden im Verlaufe von akuten Dermitiden bei demselben Individuum angetroffen. Da beide sich als pathogen für Tiere erwiesen haben, ist es sehr wahrscheinlich, dafs ihre kombinierte Wirkung, besonders bei herabgekommenen Kindern, bei der Pathogenese dieser Dermitiden eine Hauptrolle spielt. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zur traumatischen Entstehung der Geschwülste, von Carl Baumeister. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1905.) Nach einer Übersicht über die einschlägige Literatur beschreibt Verfasser den Fall eines 16jährigen Mädchens. An beiden Ohrläppchen waren hantelartige Narbengeschwülste (Keloide) zu sehen. Dieselben waren von knorpeliger Beschaffenheit und aus narbigen Verdickungen von Stichen ausgegangen, die zwecks Anbringung von Ohrringen in die Ohrläppchen angebracht worden waren. Die Operation bestand in Spalten der Ohrläppchen, Auslösen der Geschwülstchen und Wiedervereinigen der ersteren durch die Naht. Die Heilung erfolgte per primam intensionem. Ein Rezidiv ist bis jetzt nicht aufgetreten. *Fritz Loeb-München.*

Über Neubildung elastischer Fasern in der Hautnarbe, von Franz von Schröder. (Inaug.-Dissert., Leipzig 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Untersuchungen über den Pigmentgehalt von transplantierter Meerschweinchenhaut, von Fritz Vogt. (Inaug.-Dissert. Marburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Weitere Untersuchungen über elastische Fasern in Geschwülsten, von Paul Nopp. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1905.) Eine sehr lesenswerte Arbeit, die zu kurzem Referat sich nicht eignet. Verfasser findet keine Gesetzmäfsigkeit und Regelmäfsigkeit in dem Auftreten und der Anordnung des elastischen Gewebes in Geschwülsten, ist vielmehr der Ansicht, dafs die Bildung des elastischen Gewebes, da dieses zu den Interzellularsubstanzen gehört wie das Bindegewebe, auf irgendwelchen chemischen Prozessen in den Geweben beruht. *Fritz Loeb-München.*

Über die Degeneration der elastischen Fasern bei Entzündungen, von Heinrich Offergeld. (Inaug.-Dissert. Bonn 1902.) Verfasser hat seine Untersuchungen bei folgenden entzündlichen Affektionen angestellt: 1. Halsphlegmone, 2. Stauungsödem, 3. Drucknekrose, 4. akuter Abszefs des sechsten Interkostalraumes, 5. akute Streptokokkeneiterung des Kniegelenkes, 6. Hautphlegmone nach komplizierter Fraktur, 7. Hodentuberkulose; bei der letzteren Affektion schwinden die elastischen Fasern sehr früh aus dem Gewebe und den Kanälchen. Schon bei noch intaktem Zwischengewebe weisen sie Degenerationsvorgänge auf: Abnahme der Faser an Zahl und Verlust ihres Färbevermögen. In den hochgradig veränderten Partien ist keine Spur mehr von ihnen erhalten, indem mit dem Krankheitsprozefs auch die Destruktion in den

elastischen Fasern fortschreitet. — Als Hauptergebnis seiner Untersuchungen konstatiert Verfasser, dafs bei der akuten exsudativen Entzündung ein weitgehender Schwund der feineren elastischen Fasern vor sich geht. *Fritz Loeb-München.*

Zur Kenntnis der Komplikationen der Polyarthritis rheumatica acuta von seiten der Haut, von Georg Riebold-Dresden. (*Dtsch. Archiv f. klin. Med.* Bd. 82, Heft 3 u. 4.) Verfasser berichtet über die Hauterscheinungen, die er an einem Material von 280 Fällen in 2¾ Jahren beobachtete und führt eine Reihe von einschlägigen Krankengeschichten auf. Die Hautbeobachtungen sind etwa folgende: Man findet, dafs im Verlaufe eines akuten Gelenkrheumatismus gelegentlich Komplikationen von seiten der Haut auftreten, die mit gröfster Wahrscheinlichkeit durch die Grundkrankheit verursacht werden. Abgesehen von den häufigen Schweifsen der Rheumatiker und den nicht allzu seltenen verschiedenartigen Erythemen und Hautblutungen bei der Polyarthritis wurden als sehr seltene und bisher nur vereinzelt resp. noch gar nicht beschriebene rheumatische Hautkomplikationen, die sich sämtlich durch ihr symmetrisches Auftreten auszeichnen, die eigentümlichen, grofsen entzündlichen Infiltrate, die reizlosen Ödeme, und die multiplen dekubitalen Geschwüre der Haut ausführlich behandelt. Auch einen Herpes während des Fieberstadiums der Polyarthritis bekommt man nur selten zu sehen. Urticaria wurde vom Verfasser nicht beobachtet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Welche Beziehungen bestehen zwischen Haut- und Nierenkrankheiten? von Bruno Glaserfeld. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Vorläufig sind fast keine Beziehungen zwischen der Haut und der Niere in anatomischer und physiologischer Beziehung bekannt. Woher kommt es dann, fragt Verfasser, dafs trotzdem stets auf eine solche hingewiesen wurde und wird?

1. Es besteht zwischen der Nieren- und Hautabsonderung ein Antagonismus; bei sparsamer Absonderung der ersteren wird letztere erhöht und umgekehrt. Die Funklion des einen Organs richtet sich sozusagen nach der des anderen.

2. Bei schweren Nierenkrankheiten, in denen die Harnabsonderung gering ist oder sogar vollkommen unterdrückt, werden öfters feste Stoffe, besonders Harnstoff, in grofser Menge durch den Schweifs abgesondert.

3. Die diaphoretische Behandlung Nierenkranker bessert fast stets ihren Allgemeinzustand, indem man durch dieselbe den Kranken von dem die geschädigten Nieren nicht passierenden Wasser befreit.

Ein Reziprozitätsverhältnis zwichen der Niere und der Haut ist demnach nicht zu leugnen. Das Blut und die Nerven sind diejenigen Elemente, welche die Verbindung zwischen Haut und Niere besorgen und diese Organe in ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis bringen. Nur von diesem Gesichtspunkt aus kann von Beziehungen beider Organe gesprochen werden. Bei der Erörterung der Beziehungen von Erkrankungen der Haut (mit Ausnahme der syphilitischen Hautaffektionen) und der Niere beantwortet Verfasser folgende beiden Fragen: 1. Welche Nierenkrankheiten kommen bei Hauterkrankungen vor? 2. Von welchen Hautkrankheiten werden Nierenkranke befallen?

A. Zirkulationsstörungen der Haut. 1. Erytheme. Das Erythem, sei es exsudativum multiforme, sei es nodosum, ist oft von Albuminurie, ja selbst von akuter Nephritis begleitet. Gemeinsam ist allen diesen Erythemfällen, dafs die Nierenattacke, selbst wenn sie nicht mehr zu den leichteren zu zählen ist, nach Abheilung der Hautaffektion zurückgeht und nicht zu dauerndem Schaden zu führen scheint. Bei der Erklärung dieser Affektion weist Verfasser darauf hin, dafs man in neuerer Zeit geneigt ist, das Erythem in die Klasse der Infektionskrankheiten zu rechnen. In den meisten Fällen ist die Nephritis bei Erythem für eine toxische zu halten,

wenn auch gelegentlich eine nur febrile Albuminurie vorkommt (Polotebnoff). Auch der Auffassung der Nephritis bei Erythem als Komplikation begegnet man in der Litteratur (Bodin, Joseph, Senator, Osler usw.). Die Frage, ob Nierenleidende öfters von Erythem befallen werden, besprechend, weist Verfasser auf die diese Frage gründlich behandelnden Arbeiten von Hurt und Bruzelius hin; beide Autoren bezeichnen mit dem Namen Erythema uraemicum (dieses Erythem ist weder nodosum noch exsud. multif. Es ähnelt am meisten den auch beim Erythema exsud. multif. auftretenden Papeln, die von einem Hof umgeben sind und sich auf diffus gerötetet Haut befinden) ein Krankheitsbild, das Verfasser kurz beschreibt als ein besonders auf der Hohlhand, den Vorderarmen und im Gesicht im letzten Stadium des Morbus Brightii auftretendes Erythem, wenn es sich um Nierenatrophien handelt (primäre und sekundäre Schrumpfniere). „Es mag nach unserem heutigen Wissen erlaubt sein, dieses Erythem als eine urämische Erscheinung anzusehen, wenn wir auch keinen positiven Beweis dafür zu erbringen vorläufig imstande sind." Schindelka hat bei Tieren ähnliche Beobachtungen gemacht.

2. Urticaria. Die Urticaria zählt zu den Hautaffektionen, die in erster Linie Nierenkranke befallen; für gewöhnlich handelt es sich um die chronischen Nierenerkrankungen, am häufigsten Nephritis parenchymatosa, selten Schrumpfniere. Auch bei Kindern kommt die Urticaria im Gefolge chronischer Nierenerkrankungen vor. Andererseits gibt es auch Fälle in der Literatur, bei denen im Anschluſs an eine primäre Urticaria eine akute Albuminurie entstand. Bemerkenswert ist hierbei besonders der Umstand, daſs erst mit dem Aufhören der Hautkrankheit die Eiweiſsausscheidung beginnt. Ein zitierter Fall von Staffel beweiſst, daſs Urticaria und Albuminurie auch gleichzeitig entstehen können.

3. Oedema cutis circumscriptum. Einige Autoren sahen während des Auftretens des Ödems passagere Albuminurie. In einem von Joseph beschriebenen Fall dieser Hautschwellungen mit paroxysmaler Hämoglobinurie enthielt der Harn auch Spuren von Eiweiſs (vom Hämoglobin stammend). Permanente Albuminurie wurde nie beobachtet.

4. Hautgangrän. Bemerkenswerterweise ist die ödematöse Haut Nierenkranker nur selten zur Gangränbildung disponiert. Verfasser gibt die Krankengeschichte eines im Krankenhaus l. d. I. (München, Jesionek) beobachteten Falles und weist auf andere in der Literatur niedergelegte hin.

5. Symmetrische Gangrän (Raynaud). 1. Die Nierenerkrankung ist das primäre und die Raynaudschen Symptome entstehen im Verlauf derselben (meist Schrumpfniere). 2. Beide Erkrankungen verlaufen gleichzeitig. In einem Fall von Bland stellte sich gleichzeitig mit der Raynaudschen Krankheit eine akute Nephritis hämorrhagischer Natur ein. 3. Die Nierenentzündung entsteht sekundär im Anschluſs an die symmetrische Gangrän.

6. Purpura. Verfasser hat in der Literatur sehr häufig pathologische Veränderungen an den Nieren angegeben gefunden, wenn Purpurafälle zur Sektion kamen. Die Häufigkeit von sekundären Nierenerkrankungen hämorrhagischen und entzündlichen Charakters scheinen ihm für die infektiöse Natur der Purpura zu sprechen. Eine ziemlich seltene Komplikation der chronischen Nephritis stellt die Purpura dar. Interessant ist ein Fall von Kaposi, der sechs Monate lang Nierenblutungen den Hämorrhagien vorangehen sah.

B. Entzündungen der Haut. 1. Ekzem. Der Harn Ekzematöser weist hier und da Spuren von Albumen auf; diese Albuminurie kann bei längerem Bestehen für den Patienten gefährlich werden. Ferner können akute sowie chronische Ekzeme auch mit Nephritis einhergehen. Die Prognose dieser Nephritis bei Ekzem ist nicht

allzu günstig (5 Todesfälle bei 11 Erkrankungen). Bei dem Versuch einer Erklärung des Zusammenhanges zwischen Ekzem und Nephritis weist Verfasser darauf hin, daſs „wir es vielleicht mit einer Einwanderung von Bakterien durch die wunden Hautpartien zu tun haben, deren Toxine durch die Nieren ausgeschieden eine Nephritis hervorrufen.“ — Nierenleidende werden nicht allzuhäufig von Ekzemen geplagt. In einer Diskussion über das Ekzem auf dem dritten Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft wurde darauf aufmerksam gemacht, „daſs man bei Nierenleidenden sich mit der Behandlung des Ekzems endlos plagen kann, sobald die Kompensation gestört ist; man muſs in erster Linie gegen die Nephritis vorgehen, und dann heilt das Ekzem leicht bei lokaler Therapie.“

2. Impetigo contagiosa. Dieselbe hat Müller mit einer akuten hämorrhagischen Nephritis kompliziert gesehen und angenommen, für diese Nephritis einen Mikroorganismus oder dessen Gift verantwortlich machen zu sollen.

3. Impetigo herpetiformis. Die Albuminurie tritt oft typisch in den letzten Stadien der Erkrankung auf; nach Jarisch ist sie ein Prostatasymptom. Auch eine Reihe anderer Autoren fanden Nephritis; die Sektion ergab fast stets eine chronisch parenchymatöse Nephritis resp. mit Übergang zur Schrumpfniere. Dauber glaubt, da Impetigo herpetiformis fast nur bei Schwangeren vorkomme, die komplizierende Nephritis für eine Schwangerschaftsnephritis halten zu müssen; die Ursachen beider Affektionen sind unbekannt.

4. Pemphigus. Bei den akuten Pemphigusformen ist hier und da von einer mit derselben verbundenen Albuminurie die Rede; bei der chronischen Form findet sich häufig Albumen im Harn. Daſs sich auch pathologische Veränderungen der Niere selbst vorfinden, zeigen mehrere Sektionsergebnisse; es wurde für gewöhnlich das Bild der parenchymatösen Nephritis gefunden. Verfasser gibt die Krankengeschichte eines Falles von Pemphigus vulgaris et haemorrhagicus. Während der Urin bei der Aufnahme nichts pathologisches aufwies, wurde später stets Albuminurie konstatiert. Bei der Obduktion fand sich eine sekundäre Schrumpfniere. Ein Patient von Beuerlein erkrankte an Pemphigus fünf Tage nach dem Auftreten einer akuten Scharlachnephritis und wies auſserdem noch urämische Intoxikationserscheinungen auf; Verfasser glaubt in diesem Fall von einem Pemphigus uraemicus reden zu können.

5. Psoriasis. Äuſserst selten findet man bei Psoriasis gleichzeitige Nierenleiden. Einfache Albuminurie wird gelegentlich beobachtet.

6. Pityriasis rubra. Patienten mit dieser Affektion gehen öfter an Brightscher Nierenentzündung zugrunde (Joseph). Dieselbe steht in keinem inneren Zusammenhang mit der Hauterkrankung.

7. Lichen ruber. Nephritis und Lichen ruber sind selten kombiniert.

8. Dermatitis exfoliativa. Bei dieser Erkrankung findet man höchst selten Albuminurie; von den Nierenentzündungen scheint nur die chronisch interstitielle bisher mit Dermatitis exfoliativa vorgekommen zu sein.

9. Dermatitis herpetiformis (Duhring). Nach Brocq und Borck wird bei dieser Erkrankung manchmal Eiweiſs im Harn gefunden.

10. Prurigo. Bis jetzt sind nur vier einwandsfreie Fälle von Albuminurie bei dieser Hautaffektion bekannt.

11. Akne. Eventuelle Komplikationen mit Albuminurie sind zufällig.

12. Furunkulose. Daſs im Verlauf einer Furunkulose eine Nierenreizung beobachtet wurde, hat Verfasser nirgends finden können. Bei schweren Karbunkeln wird manchmal eine parenchymatöse Nephritis gefunden; Furunkulose bei Nierenkranken ist dagegen nicht allzu selten. Verfasser gibt in ausführlicher Weise die

Krankengeschichte eines Falles von Zusammentreffen einer Furunkulose mit Nephritis, das er aus einer Reihe von erörterten Gründen für ein rein zufälliges hält.

C. Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 1. Lupus. „Lupus ist öfter von Albuminurie oder Nephritis begleitet; es ist sicher ganz ausgeschlossen, daſs hier der Lupus die Nephritis hervorruft oder etwa sogar eine Nephritis Lupus verursacht." Verfasser macht darauf aufmerksam, daſs Demme unter 1932 Lupusfällen die Initiallokalisation neunmal in den Nieren fand.

2. Lupus erythematosus. Es ist äuſserst selten, daſs Nierenkranke davon befallen werden.

3. Mykosis fungoides. Während des Bestehens der Mykosis fungoides findet man nie Eiweiſs im Harn. Nach Wolters sind die Nephritisformen, die unter Umständen komplizierend den Krankheitsprozeſs rasch beendigen, als nicht zum Krankheitsbild gehörig zu betrachten. Verfasser gibt in Form einer Tabelle kurz die Sektionsergebnisse der Niere der zwölf Fälle, die er in der Literatur fand.

D. Parasitäre Dermatosen. 1. Scabies. Es ist sehr schwierig zu entscheiden, ob die Albuminurie, die man häufiger bei Scabies auftreten sieht, auf Rechnung der Therapie zu setzen ist oder nicht. Es sind in der Litteratur eine ganze Anzahl von Fällen niedergelegt, wo nach der Anwendung der verschiedensten therapeutischen Agentien Albuminurie gefunden wurde. Um der Frage näher zu treten, ob die Krätze als solche ohne jede Behandlung Albuminurie oder sogar Nephritis erzeugen kann, hat Verfasser bei 40 Fällen genaue Untersuchungen angestellt und dreimal Albuminurie gefunden, merkwürdigerweise bei drei Geschwistern im Alter von 13, 11 und 9 Jahren. Nur in einem Fall blieb dieselbe nach Abheilung der Scabies. (Cyklische Albuminurie in den beiden anderen Fällen? Ref.)

2. Pediculi. Verfasser weist auf einige Fälle hin, wo die Pediculi als das ursächliche Moment für das Auftreten von Albuminurie resp. Nephritis angegeben sind und sagt: „es zeigt von aufserordentlich geringer kritischer Fähigkeit, Behauptungen, daſs ein von Läusen hervorgerufenes Exanthem an einer Nephritis schuld sei, aufzustellen."

E. Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 1. Ichthyosis. Diese Affektion ist selten mit Albuminurie kombiniert.

2. Acanthosis nigricans. Bei langem Bestehen der Erkrankung wurde einige Male eine ganz geringe Albuminurie beobachtet. Da die Acanthosis nigricans für gewöhnlich im späteren Lebensalter auftritt, so ist es nicht verwunderlich, wenn man leichte Eiweiſsmengen findet.

3. Xanthom. Ob Diabetes und Xanthom, die man nicht selten zusammen antrifft, ursächlich zusammenhängen, ist bisher noch nicht erwiesen. Selten wird neben der Glykosurie noch eine leichte begleitende Albuminurie angetroffen. Das Auftreten von Nierenerkrankung ohne Albuminurie wurde in zwei Fällen beobachtet. Ein positiver Beweis, daſs Albuminurie resp. Nephritis wirklich mit einem Xanthom in Beziehung stehen, ist unmöglich zu erbringen.

F. Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 1. Alopecia. Es existiert ein Fall, wo bei chronischer Nephritis Haarausfall eintrat.

2. Idiopathische Hautatrophie. Es scheint kein Zusammenhang zwischen Nierenaffektion und dieser Erkrankung zu bestehen.

3. Sklerodermie und Sklerodema neonatorum. Es sind sowohl Nephritis als auch leichte Albuminurie mit diesen Affektionen zusammen angetroffen worden. Einige Male fiel bei der Sklerodermie eine Polyurie auf; dieselbe hängt vielleicht, wie Tapfuhrer meint, von einer öfters zu beobachtenden exzentrischen Hypertrophie des linken Ventrikels ab. Bei Sklerem der Neugeborenen findet sich

öfter Albumen. Bei Sektionen von Skleremfällen fand schon Elsässer öfter Zeichen von zweifelloser Brightscher Nierenkrankheit; über den Zusammenhang beider ist nichts bekannt.

G. Neuritische Dermatosen. 1. Herpes zoster. Es besteht kein Anhaltspunkt, an einen Zusammenhang mit Nierenerkrankung zu denken. 2. Pruritus. Pruritus cutaneus bei akuter sowie chronischer Nephritis ist nichts seltenes. Über den Zusammenhang bestehen eine ganze Reihe von mehr oder minder gewagten Hypothesen.

Folgerungen. 1. Welche Nierenkrankheiten kommen bei Hauterkrankung vor? Niemals wurden solche beobachtet bei der idiopathischen Hautatrophie, Lichen, Prurigo, Nierensymptome, die entweder sicher oder wahrscheinlich nicht als zugehörig zu dem Krankheitsbild der Haut, d. h. abhängig von ihr, zu betrachten sind, werden im Verlauf mancher Hauterkrankungen beobachtet. Bei langwierigen Hautleiden (Lupus erythematodes, Mykosis fungoides, Pityriasis rubra) tritt manchmal der Tod durch Nephritis ein. Es stehen also die progressiven und regressiven Ernährungsstörungen, sowie die neuritischen und parasitären Dermatosen, die chronischen Infektionskrankheiten der Haut mit irgendwelchen Nierenleiden in keiner näheren Beziehung. Bei Lupus und Arzneiexanthemen beruhen manchmal Nieren- und Hautleiden auf der gleichen Ursache. Nur bei den Entzündungen und Zirkulationsstörungen der Haut treten Nierenkrankheiten auf, die sicherlich durch die ersteren hervorgerufen sind. Fast stets finden wir diese bei Impetigo herpetiformis, öfters auch bei Erythem, Urticaria, Oedema circumscriptum acutum, Raynaudscher Krankheit, Purpura, Ekzem, Pemphigus acutus. Die Nierensymptome sind hierbei ziemlich harmloser Natur, nur bei Ekzem und Purpura kann die Prognose der Nephritis sich verschlechtern. „Ein Hautleiden, das ein Nierenleiden nach sich zieht, ist nicht etwa stets ein den ganzen Körper befallendes, auch gehört es nicht immer zu den exquisit schweren Formen.“ Da besonders bei den Zirkulationsstörungen der Haut die mannigfaltigsten Nierenerkrankungen gesehen werden, glaubt Verfasser, daſs die toxische Theorie zur Erklärung nicht genügt, sondern daſs auch nervöse Einflüsse bei dem Entstehen der Nierenreizung mitspielen.

2. Welche Hauterkrankungen kommen bei Nierenkranken vor? Mit Ausnahme des Pruritus sind es auch hier nur die Zirkulationsstörungen oder Entzündungen der Haut, die in Betracht kommen. Verfasser sah bei:

akuter Nephritis: Pruritus, Urticaria; chron. parench. Nephritis spec.: wie vorher; Schrumpfniere spec.: Dermatitis exfoliativa, Raynaudsche Symptome; chronische Nephritiden im allgemeinen: Pruritus, Purpura, Hautgangrän, Urticaria, Furunkulose, Ekzem; Urämie spec.: Pruritus, Pemphigus (?), Erythem, Furunkulose.

Die Hauterkrankungen treten meist erst nach langem Bestehen der Nierenerkrankung auf; ihre Heilung ist äuſserst schwierig, eine Besserung tritt häufig nur durch eine geeignete Nephritistherapie ein. Wahrscheinlich geben die durch die kranken Nieren nicht ausgeschiedenen im Blute kreisenden toxischen Stoffe zu der Hauterkrankung Anlaſs und zwar einerseits die zurückgehaltenen Harnbestandteile selbst, andererseits auch diejenigen toxischen Stoffe, welche durch den Verdauungstraktus oder irgendein anderes Organ in den Körper eingeführt und beim Gesunden von den Nieren glatt ausgeschieden werden, beim Nephritiker dagegen im Körper zu kreisen gezwungen sind. „So ist vielleicht die Urticaria bei Nephritis zu erklären: entstanden durch Ernährungsstörungen, kreist das betreffende Gift im Körper und führt zum Quaddelausschlag.“ Das Literaturverzeichnis der vorzüglichen Arbeit umfaſst nicht weniger als 249 Nummern. *Fritz Loeb-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 5. 1. September 1905.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Die sogenannte Blastomykose der Haut.

Von

Dr. Friedrich Krause,
Assistenzarzt der Anstalt.

Mit einer Abbildung im Text.

(Fortsetzung.)

II.

Um uns über diese beiden Affektionen verschiedener Art eingehender zu orientieren, wird es zunächst erforderlich sein, sie von der klinischen Seite näher ins Auge zu fassen. Wir kommen daher dazu, uns fürs erste mit dem Morbus Buschke zu beschäftigen, einer Erkrankung sui generis, da nur der Fall Curtis (7) ihm nahe gerückt, aber doch nicht mit ihm auf absolut gleiche Stufe gestellt werden kann.[37]

Es handelte sich in diesem Fall (5) um eine 31jährige verheiratete Patientin, die im sechsten Lebensjahre nach überstandenen Masern eine Schwellung der Halsdrüsen beiderseits zeigte und schwächlich blieb bis zu ihrem 14. Lebensjahre. Dann schwollen nach einem gastrischen Fieber die Halsdrüsen rechterseits wieder an; dies wiederholte sich mehrfach. Patientin erhielt Arsenikinjektionen; die Drüsen vereiterten aber und mußten herausgenommen werden. Schwellungen der linken Halsdrüsen und der Drüsen vor dem rechten Ohr gingen von selbst zurück. Mit 27 Jahren stellten sich Drüsenschwellungen in der linken Achselhöhle und am Hals beiderseits ein, die von da ab nicht mehr wichen. Gelegentlich der dritten Schwangerschaft (1893) entstanden im Nacken und an der Stirn kleine Geschwüre, die ohne Beschwerden verheilten. Oktober 1893 entstand eine schmerzhafte Schwellung der linken Tibia und Knieregion, derentwegen Patientin die Greifswalder chirurgische Universitätsklinik aufsuchte; gleich-

[37] S. auch Fall 29.

zeitig bestand linksseitiger Achselhöhlen- und beiderseitiger Submaxillarbubo. Der gummaartige Tibiatumor entleerte bei der Inzision 40—50 ccm eines rötlichen, glasigen, krümeligen Sekretes, aus dem Hefe gezüchtet wurde.

Der Tumor wurde excochleiert und gebrannt, jedoch zerfielen die Granulationen wieder; unter beständiger Sekretion nahm die Patientin mehr und mehr ab, neue Knochenherde entwickelten sich an der linken sechsten Rippe und rechten Ellenbogen, Patientin starb November 1894. Die Sektion (Busse) ergab blastomykotische Herde an der sechsten linken Rippe, rechten Olacranon, Lunge, linken Niere, mehrere in der Milz; aus allen wurde wirkliche Hefe kultiviert.

Schon vor dem Auftreten der Tibiaschwellung begann die Hautaffektion der Patientin. Es bildeten sich nämlich im August zum September 1903 im Nacken kleine Geschwüre, die abheilten. Dann stellten sich im Nacken an der Haargrenze neue ein, die kamen und gingen; ebenso im Gesicht.

Der Beginn der beiden, die Erkrankung hauptsächlich charakterisierenden Stirnulcera datiert vom Anfang Mai 1894. Diese waren:

1. Ein flaches, linsengroſses Geschwür zwischen den Augenbrauen, rund mit ausgezacktem, etwas wallartig erhabenem, aber wenig infiltriertem Rand. Dieser Rand war unterminiert, die Umgebung livide verfärbt. Der Grund des Geschwürs war granuliert, von einem zähen, rötlichgrauen, mit Krümeln untermischten Sekret bedeckt und für Sondenpalpation schmerzhaft.

2. Von einer akneartigen Eruption neben dem Stirngeschwür führte eine feine Öffnung in ein flaches, unterminiertes Geschwür, dessen Grund bei der Berührung mit der Sonde sehr schmerzempfindlich war.

An der Nackenhaargrenze bestanden vier bis fünf kleinste Ulcera, aus denen Hefe gezüchtet wurde; um sie herum bestanden einige Eruptionen, die sich durch den bakteriologischen Befund als gewöhnliche Kokkenfollikulitiden und -Pusteln charakterisierten.

Im weiteren Verlauf wuchs das groſse Stirnulcus nur langsam, das kleine ganz unbedeutend. Im Nacken wechselten Heilungsprozesse mit neuentstehenden Ulcera.

Die Inzisionsstelle an der Tibia schickte sich währenddem zur Heilung an: die Wunde zeigte glatte Ränder, es war keinerlei Zerfall zu bemerken, die Knochenhöhle enthielt gute Granulationen.

Nachdem die Patientin die Klinik verlassen, änderte sich das Krankheitsbild wesentlich zum schlechten. Anfang Oktober 1894, 1½ Jahre nach Beginn der Hauterkrankung, konstatierte man je ein neues Geschwür: a) mitten im rechten Augenbrauenbogen, von Fünfmarkstückgröſse, b) mitten auf der rechten Wange, noch etwas gröſser. Beide hatten scharf ausgezackte, unterminierte, wallartige Ränder; sie waren nicht

kraterförmig, sondern breit offen. „Sie sonderten ein grauschleimiges, teilweise auch eiterähnliches Sekret ab. Der Grund sah etwas granuliert aus und war bei Berührung schmerzhaft. Die Umgebung war nicht entzündlich gerötet. Das Wangenulcus war flacher als das andere Geschwür. Von dem Grund des Augenbrauenulcus führte zirka von der Mitte aus eine feine, fistulöse Öffnung bis auf den Knochen, welcher aber mit Periost bedeckt war. Mit der Sondenuntersuchung ergab sich, dafs die Haut im Umkreise von ca. 1—2 cm unterminiert war; aus dieser Höhle entleerte sich ziemlich reichlich auf Druck das charakteristische Sekret. Um das Geschwür am Augenbrauenbogen sah man einzelne akneiforme Stellen und einzelne zirka hanfkorngrofse flache Ulcera. Das Stirnulcus war mit dem dicht daneben gelegenen kleineren Ulcus konfluiert und hatte sich im ganzen wenig vergröfsert. Die Zacken der gröfseren Geschwürsränder riefen auch den Eindruck hervor, als wenn die grofsen Ulcera durch Konfluenz mehrerer kleinerer entstanden wären."

Auch die Tibiawunde, an der vorher erhebliche Heilungstendenzen konstatiert waren, zeigte von neuem Zerfall und im wesentlichen die Charakteristik der grofsen Ulcera.

Auch der noch inzidierte blastomykotische Knochenherd am rechten Olecranon wird im Sektionsbericht als zerfallen geschildert.

Die Pathogenese der Hautaffektion fafst Buschke in folgende Sätze zusammen:

„Die Primäreffloreszenzen gleichen Akneinfiltraten, an deren Kuppe eine Nekrose entstand. Auf diese Weise bilden sich kraterförmige Ulcera, die wesentlich in die Breite, aber auch bis in die Tela subcutanea wachsen; teils durch Vergröfserung eines oder Konfluenz mehrerer entstehen allmählich ziemlich grofse Geschwüre mit scharfen, zackigen, etwas unterminierten, wallartigen, wenig infiltrierten, lividen Rändern mit ziemlich hochgradiger Schmerzhaftigkeit des leicht granulierten Grundes und geringer Schmerzhaftigkeit der Umgebung. Sie sondern ein charakteristisches, zähes, fadenziehendes, durchscheinendes, teils graues, teils bräunlichrotes, mit Krümeln untermengtes Sekret ab." Kleinere Geschwüre heilen teilweise spontan. Neue Geschwüre entstehen in der Umgebung bereits bestehender.

Die Blutuntersuchung liefs etwa acht Wochen vor dem Tode aus dem Blut der Patientin Hefe wachsen. Die Drüsenschwellungen bringt Buschke nur insofern in ursächlichen Zusammenhang mit der Erkrankung, als „die damit doch einhergehende Störung des Allgemeinzustandes die Widerstandskraft des Organismus herabgesetzt und die Lokalisation der Hefe mit ermöglicht hat".

Soweit das klinische Bild des Morbus Buschke. Während wir es hier nur mit einem einzigen präzise geschilderten Fall der Art zu tun

haben, treten uns bei der GILCHRISTschen Erkrankung eine ganze Reihe von gut berichteten Fällen entgegen. Es wird sich empfehlen, auch hierfür zunächst an der Hand eines Falles ein Bild der Affektion zu entwerfen, um es später nach den anderen Fällen zu ergänzen. Am zweckmäfsigsten erscheint mir hierfür der zweite Fall von MONTGOMERY und RICKETTS (17), den ich nunmehr ausführlich folgen lasse:

Patient ist ein 38jähriger Schlosser, dessen Eltern und Geschwister leben und gesund sind. Patient stellt sich am 4. Februar 1898 vor. Er ist ungewöhnlich stark entwickelt, aufser Gelenkrheumatismus (mit 22 Jahren) hat er keine ernste Krankheit durchgemacht. Mit 14 Jahren Bruch des rechten Beines, das er später noch zweimal verletzte; daher besteht eine gewisse Steifigkeit der Extremität, die ihn aber wenig behindert. Sein Allgemeinzustnnd ist sehr gut. Eine gegenwärtige Lues ist ebensowenig wie die Zeichen einer überstandenen nachzuweisen.

Am 15. Juni 1894 zog Patient sich beim Einreifsen eines Küchenherdes eine Verletzung am Handrücken zu. Es entstand eine Kruste, nach deren Entfernung er eine erhabene Stelle bemerkte. Diese bekam von neuem eine Kruste und dehnte sich nun aus. In wenigen Wochen gewann sie ein warziges Aussehen, stellenweise war sie mit leicht zu entfernenden Krusten bedeckt; sie war nicht erheblich schmerzhaft, zeitweilig für Berührung empfindlich. Trotz milder bis kaustischer Behandlung erfolgte Ausbreitung fast über den ganzen Handrücken. Unter Moorbädern, lokaler und innerer Therapie kam es dann zur Abheilung in eine feste, glatte, rötliche Narbe.

Kurz vor der vollendeten Heilung schnitt ihm ein Barbier eine Warze vom Hals unter dem Kinn. In wenigen Tagen erschien hier eine krustenbedeckte Erhabenheit. Unter demselben Bilde wie am Handrücken breitete sich die Erkrankung über den linken Unterkiefer und die linke Gesichtsseite aus in der Weise, dafs, wenn die Peripherie vorrückte, das Zentrum abheilte, stellenweise unter Hinterlassen einer festen, dicken, anhaftenden, rötlichen Narbe. Therapeutisch wurden angewandt: Salben, Pflaster, Krebspasten; keine schneidenden oder schabenden Operationen.

Das klinische Bild war ausgeprägt das einer Tuberculosis verrucosa cutis; nur stellenweise machte es mehr den Eindruck eines papillären Epithelioms. Der Rand war bis zu 1/4 Zoll erhaben, scharf begrenzt; über einen kleinen Bezirk sah man eine schmale, blaurot verfärbte Randzone. Die Wucherung war zumeist warzig, safs auf leicht infiltrierter Basis (die später verhärtete). Hier und da war der Grund sehr weich und zwischen den papillenartigen Erhebungen liefs sich Eiter hervordrücken.

Achtzehn Monate später (26. August 1899) stellte Patient sich wieder vor, inzwischen viel, aber ohne Operation behandelt. Die Affektion erstreckte sich nun über die linke Wange zur Nase, ging rings um die linke

Orbita über beide Lider; das untere wurde durch die Narbe ektropioniert. Sieben bis acht Wochen früher war in einer Nacht eine Entzündung der Lider eingetreten; zwei Wochen später waren sie in den gleichen Krankheitsprozefs einbegriffen wie die benachbarte Haut. Die älteren erkrankten Partien zeigten eine weiche, feste, rötliche, anhaftende Narbe. Die Ränder der Affektion sind erhaben und bedeckt mit rauhen, papillären Exkreszenzen, meist trocken und fest. Stellenweise finden sich erhabene, glatte Herde, hier und da ist der Grund unter den Papillen weich, und Eiter läfst sich ausdrücken. Unter grofsen Dosen Jodkalium kam der Prozefs zum Abschlufs und zur Narbenbildung.

Soweit der einzelne Fall, der als Paradigma für das klinische Bild und den unkomplizierten Verlauf der GILCHRISTschen Erkrankung dienen kann und nur weniger Ergänzung für eine Allgemeindarstellung bedarf, für die ich mich im folgenden im wesentlichen an das Lehrbuch von HYDE und die zusammenfassende Schilderung von HYDE und MONTGOMERY halte.

Aus allen Krankengeschichten ist zu erkennen, dafs selbst die exaktest aufgenommene Anamnese nicht imstande ist, irgendein für die Ätiologie der Erkrankung verwertbares Moment zutage zu fördern. Weder bieten die hereditären Verhältnisse der Patienten irgendeinen Anhalt; bei 28 von 32 Patienten konnten MONTGOMERY und HYDE weder Tuberkulose noch Lues in der Familie oder in der Vorgeschichte des Patienten selbst nachweisen. Mit keinerlei voraufgegangener Erkrankung liefs sich das Leiden in Zusammenhang bringen; nicht nur dafs keinerlei allgemeine oder konstitutionelle Erkrankung sich bei den Patienten nachweisen liefs; der allgemeine Ernährungs- und Gesundheitszustand bei verschiedenen Patienten war sogar ein besonders vorzüglicher. Kleinere Verletzungen dürften wohl nur als nebensächliches Moment fungieren und höchstens für Schaffung einer gewissen Prädisposition in Frage kommen. Stets machte das Leiden den Eindruck eines chronisch-entzündlichen Prozesses, entstanden auf der Basis irgendeines von aufsen her auf die Haut gebrachten Virus, und dies um so mehr, als in erster Linie derartigen Infektionen besonders ausgesetzte Abschnitte der Körperoberfläche erkrankten: Gesicht, Wange, Stirn, Schläfe, Augenlider, Nase, Lippen, Nacken, Rücken der Finger, der Hand, des Handgelenks, dann ferner auch Skrotum, Bein, Glutäen. — Auch der Umstand, dafs die Infektionen mehr ausgesetzten Männer öfter von der Krankheit befallen wurden, schien hierdurch erklärt. Verhältnismäfsig wenig Würdigung hinsichtlich der Klarlegung der Ätiologie der Erkrankung hat die Tatsache gefunden, dafs das Gros der Patienten erst nach dem 40. Lebensjahre befallen wird, und zwar in Ansehung der später zu besprechenden unverkennbaren Ähnlichkeit des pathologischen Befundes mit dem bei Carcinom.

Allgemein wird der Beginn der Erkrankung geschildert als Papel von geringfügiger Ausdehnung, die allmählich einen mehr pustulösen Charakter annimmt und sich mit einer Kruste bedeckt. Die weitere Ausbreitung erfolgt kreisförmig serpiginös bei sehr chronischem Verlauf, so dafs gewöhnlich erst nach Monaten die Ausdehnung eines Zolls erreicht ist; entweder 'per contiguitatem fortschreitend oder indem in der Nachbarschaft neue Herde der gleichen Affektion auftauchen, die allmählich mit den alten verschmelzen. Auf diese Weise können bei sehr langer Dauer beträchtliche Provinzen der Körperoberfläche in den Prozefs hineinbezogen werden.

Die entstandenen Effloreszenzen haben ein sehr charakteristisches Aussehen, das die Autoren einhellig mit dem der Tuberculosis verrucosa cutis vergleichen.

Die Flecke erheben sich über das Niveau der gesunden Haut und zeichnen sich durch das markante Relief ihrer Oberfläche, sowie durch den zur Umgebung jäh und scharf abfallenden Rand aus. Unregelmäfsige papillenartige Erhebungen mit dazwischen liegenden tiefen Kluften und Spalten verleihen dem ganzen ein teils warziges, teils blumenkohlartiges Aussehen. Von grofsem Einfluſs auf das äufsere Bild ist das Alter der Affektion sowie etwaige medikamentöse Behandlung. Jüngere sowie ältere Affektionen, wenn sie gut gehalten sind, zeigen zartere papillenartige Erhebungen; ihre Oberfläche ist fast trocken und warzig. Grofse, unbehandelte Herde zeichnen sich durch eine beträchtliche seropurulente Sekretion aus. Der Grund eines derartigen Fleckes ist weich; von der seropurulenten, oft sehr übelriechenden Flüssigkeit durchtränkt, welche bei Druck zwischen den papillären Exkreszenzen, die sie umspült, hervorsickert. Die Wucherungen selbst sind geschwollen, verbreitert, gelappt und infolge Eintrocknung des Sekretes mit mehr oder weniger dicken, festklebenden Krusten bedeckt.

Zwischen den papillomatösen Exkreszenzen erstehen auch die ersten Anfänge reparativer Vorgänge in Gestalt der Bildung eines mehr oder weniger dicken, rötlichweifs gefärbten, narbenartigen Gewebes, zunächst im Zentrum, sodann auch in anderen Abschnitten des Fleckes. Vor allem in diesem mit glatter, glänzender Oberfläche versehenen Gewebe sind, ebenso wie in dem Rand, die für die Affektion so charakteristischen miliaren Abscesse enthalten, die, höchstens stecknadelkopfgrofs, oft aber nur mit der Lupe erkennbar, einen glasig-schleimigen Inhalt und in ihm die „Organismen" beherbergen. Der Rand des Fleckes ist sehr typisch; er enthält die kleinen Abscesse, ist von hochroter Farbe und fällt in der Regel sehr schroff zu der umgebenden normalen Haut ab.

Der Verlauf der Erkrankung ist in jedem Fall ein eminent chronischer. Zeiten des Stillstandes wechseln mit solchen des Fortschrittes ab. Stets

dauert es Jahre, bis der Fleck eine einigermafsen ins Gewicht fallende Gröfse erreicht hat. Zumeist erfolgt die Ausbreitung serpiginös, vielfach, während die Peripherie fortschreitet, heilt das Zentrum ab. Und diese Heilung erfolgt nicht selten von selbst. Als erstes Zeichen hierzu macht sich ein Versiegen der Sekretion bemerkbar, der ganze Fleck nimmt einen mehr warzigen Charakter an, die papillären Exkreszenzen trocknen ein, die miliaren Abscesse nehmen an Zahl ab. Die Wucherung des narbenartigen Gewebes tritt in den Vordergrund. Schliefslich geht dieses in eine wirkliche, wenn auch zarte, weiche, nachgiebige, rötlichweifse, nicht anhaftende Narbe über, die aber häufig noch miliare Abscesse enthält. Nur nach Excochleationen entstehen dicke Narben. Sonst sind diese Narben wenig bemerkbar, doch erzeugen sie, wenn die Augenlider befallen sind, Ektropium.

Es charakterisiert sich also die GILCHRISTsche Affektion als ein äufserst chronisch aus einer Papel entstehender, sich serpiginös unter zentralen reparativen Vorgängen ausbreitender, über der Umgebung erhabener Fleck, der sich auszeichnet durch seine warzige, zerklüftete, von papillären Exkreszenzen besetzte und von weichen, narbenartigen Zügen durchsetzte Oberfläche, durch den steil zum Gesunden abfallenden Rand und die Gegenwart kleinster, die angeschuldigten „Organismen" enthaltender Abscesse.

Die Differenz des klinischen Bildes vom Morbus BUSCHKE ist in die Augen fallend. Es steht zu erwarten, dafs dem auch tiefgreifende pathologisch-anatomische Unterschiede entsprechen. Diese Frage soll uns im folgenden Abschnitt beschäftigen.

(Fortsetzung folgt.)

Kurze Mitteilung über das weitere Schicksal meines Falles von Sarcoma cutis idiopathicum multiplex haemorrhagicum.

Von

Dr. Arthur Jordan-Moskau.

Am 5./18. Februar 1901 stellte ich in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft[1] einen 73jährigen Mann mit Sarcoma cutis idiopathicum multiplex haemorhagicum vor. Der Kranke befand sich bereits seit dem 26. September 1900 in dem I. Stadthospital zu Moskau und gab an, dafs er den ersten blauen Fleck vor ca. drei Jahren, auf der mittleren Zehe des rechten Fufses, bemerkt habe. Langsam hätten die Flecke sich weiter und weiter ausgebreitet. Eine eigentliche Behandlung habe, abgesehen von Einreibungen mit diesem oder jenem Mittel, wie einer Schmierkur, in letzter Zeit nicht stattgefunden.

Bei seinem Eintritt in das Hospital erwiesen sich die Hände und Füfse polsterartig aufgetrieben und besät mit charakteristischen, blauroter Sarkomknoten auf den Hand- und Fufsrücken, wie auf den Handflächen und Fufssohlen. Diese Auftreibungen waren auch der Hauptgrund zum Eintritt des Kranken in das Hospital, weil er nicht gehen und die Hände kaum bewegen konnte. Ähnliche, nur flachere und einzelstehende Sarkomknoten fanden sich auf den Unterschenkeln und- armen, wie auf den Oberschenkeln und -armen. Endlich zeigten noch die Nasenflügel Knotenbildungen. Der Rumpf war so gut wie knotenfrei. Die klinische Diagnose wurde durch den mikroskopischen Befund bestätigt, welcher Herde von Rundzellensarkom, Ablagernng von Pigment und Zunahme der Gefäfse ergab.

Krankheitsverlauf. Unter monatelang fortgesetzter Arsenikbehandlung, vorzüglich in Einspritzungen, und bei gleichzeitiger lokaler Behandlung mit Ichthyol in Form von Salben (2%) und von Umschlägen (1%), flachten die Knoten an den Händen und Füfsen so weit ab, dafs Patient mit einem Stock gehen und die Hände zum Notwendigsten benutzen konnte. Auf den Oberschenkeln und Oberarmen schwanden die Knoten sogar bis auf dunkel pigmentierte Stellen. Dann aber trat ein Stillstand in der Besserung ein, über den hinaus es während der vier weiteren Jahre seines Lebens, im Asyl für Unheilbare, wohin Patient übergeführt wurde und wo ich ihn gelegentlich sah, nicht ging. Das Leiden blieb stationär. Neue Knoten traten nicht auf, und wenn die alten

[1] Cf. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. Bd. XXXII, S. 345.

zu wachsen drohten, liefsen sie sich bald wieder durch lokale Behandlung mit Ichthyol und zweimal jährlich vorgenommene Arseniks pritzkuren auf das frühre Niveau zurückbringen. Auch im übrigen war der Gesundheitszustand des Patienten, bis auf eine vorübergehende linksseitige Mittelohrentzündung im Jahre 1903, und bis auf gelegentliche Bronchitiden und Verdauungsstörungen, im allgemeinen ein guter. Am 8./21. April 1905 erkrankte Patient anscheinend an einer harmlosen katarrhalischen Angina mit Schnupfen, zu der sich aber am 12. April ein Erysipel der Nase hinzugesellte, dem er bereits am 13. April unter eintretender Herzschwäche erlag. Bei der am 14. April vom Kollegen MAMUROWSKY vorgenommenen Sektion liefsen sich an den inneren Organen keine makroskopisch sichtbaren Sarkomknoten finden. Mikroskopisch wurde leider keine Untersuchung angestellt.

Das Sektionsprotokoll lautet:

Bronchitis catarrhalis et Hypostases pulmonum. Dilatatio cordis. Cor adiposum. Endocarditis chr. deformans. Degeneratio parenchymatosa myocardis, hepatis et subst. corticis renum. Tumor lienis acutum. Hyperaemia venosa subst. cerebri.

Wenn ich diesen, im allgemeinen nichts besonderes darbietenden und leider nicht klinisch genau verfolgten Fall dennoch referiert habe, geschah es, weil man einerseits nur selten in der Lage ist, die Krankheit jahrelang bis zum Tode zu verfolgen und weil der Fall andererseits ein weiteres Beispiel dafür bietet, dafs das Sarcoma cutis idiopathicum multiplex haemorrhagicum einen sehr langwierigen und dabei im ganzen milden Verlauf nehmen und endlich anscheinend dank Arsenik einen entschiedenen Stillstand erfahren kann, so dafs trotz siebenjähriger Dauer doch kein Übergang auf innere Organe bei der Sektion zu konstatieren war.

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 13.

1. **Beitrag zum Studium der Nierentuberkulose und ihrer chirurgischen Behandlung**, von ALF. POUSSON-Bordeaux.

2. **Beitrag zum Studium der pathologischen Histologie der Hodeneiterungen**, von E. DALOUS-Toulouse. Hodeneiterungen bei Harnkranken, insbesondere bei Prostatikern, sind nicht selten, aber soviel derartige Fälle auch beobachtet worden sind, in keinem wurde die Histologie des Eiterungsprozesses in ihren Einzelheiten studiert. Das hat nun D. in einem einschlägigen Falle getan. Der Fall betraf einen alten Prostatiker, bei dem sich im Anschlufs an wiederholte Katheterisierung eine

Eiterung im rechten Hoden etabliert hatte und wegen der Ausdehnung des Prozesses der Hoden samt Nebenhoden und einem Teil des Samenstranges entfernt werden mufste. Der Hoden war durchsetzt von gröfseren und kleineren Abscessen, die zum Teil flüssigen, zum Teil käsig eingedickten Eiter enthielten; eine Abscefsmembran war nirgends zu erkennen, das Hodenparenchym mit seinen zerstörten Samenkanälchen schien die Wandung der Abscesse zu bilden. In seinen von der Eiterung nicht ergriffenen Teilen war der Hoden ödematös durchtränkt. Der Nebenhoden war verdickt, dunkelrot verfärbt und in gewuchertes, kongestioniertes Bindegewebe eingebettet, aber durchaus frei von Eiterbildung. Am Samenstrang fanden sich makroskopisch keine Veränderungen. Der Eiter enthielt weifse Staphylokokken in Reinkultur; ein Meerschweinchen, das mit diesen Kokken subcutan geimpft wurde, blieb gesund.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich das Vas epididymitis dilatiert und leer. Das Epithel war durchgehends weniger hoch als in der Norm und ohne Flimmern, das umgebende Bindegewebe stellenweise stark infiltriert. Die Gefäfse waren dilatiert und mit Blut gefüllt, an einzelnen Stellen fanden sich interstitielle Hämorrhagien.

Die zahlreichen, verschieden grofsen Abscesse des Hodens enthalten entweder ein Exsudat, das unveränderte, in ihrer Struktur nicht alterierte Wanderzellen einschlofs, oder Eiter, in dem alle anatomischen Elemente Zeichen einer weit vorgeschrittenen Nekrose aufwiesen; bei den gröfseren Abscessen, die durch Konfluenz mehrerer kleinerer entstanden waren, wurde das Zentrum durch einen Sequester gebildet, der aus schwer geschädigten Samenkanälchen bestand. Der Beginn der Eiterung war aufserhalb der Canaliculi in dem diese umgebenden Bindegewebe lokalisiert. In den Kanälchen fand sich erst dann Eiter, wenn ihre Wandung von aufsen her durch Eindringen von Wanderzellen zerstört worden war. Die Blutkapillaren und namentlich die Lymphgefäfse waren dilatiert. — In den von Eiterung freien Partien des Hodens war das Bindegewebe stark ödematös durchtränkt und stellenweise zellig infiltriert, die Tubuli erschienen auseinandergedrängt und enthielten keine Spur von Spermatozoen. Zum Teil waren hier die Samenkanälchen infolge fettiger Degeneration ihres Epithels zugrunde gegangen; die äufsere Schicht ihrer Wandungen war in mehrere konzentrisch liegende Blätter zerfallen, welche schliefslich mit dem umgebenden Bindegewebe verschmolzen, die hyaloide Membran war verdickt. — Bei den Veränderungen der Samenkanälchen handelte es sich also zum Teil um eine Folge der Eiterung, zum Teil um Degenerationserscheinungen, die auf das Alter des Patienten oder auf Atrophie infolge von Obliteration der Kanälchen oder auf Ausscheidung von Toxinen zurückzuführen waren.

Was den Gang der Infektion in solchen Fällen von Hodeneiterung betrifft, so glaubt D., dafs die Bakterien längs der Gefäfse in den Hoden eindringen, wobei sie fast stets Lymphangitis erzeugen.

3. **Urotropin und Helmitol: ihre therapeutische Wirksamkeit nach den Ergebnissen der experimentellen Untersuchungen und den klinischen Beobachtungen**, von F. P. Guiard. Der Artikel wird fortgesetzt.

4. **Über einen Fremdkörper in der Harnblase beim Weibe**, von E. Trouvé. Bei einer Frau war auf nicht näher festgestellte Weise eine 8 cm lange, 15 mm breite Haarnadel aus Celluloid in die Blase gekommen. Nach vier Tagen erschien die Nadel bei der cystoskopischen Untersuchung in eine weifsliche Wolke gehüllt und in ihrem mittleren Teile vollständig mit grauen Konkretionen bedeckt; die Blasenschleimhaut war gesund. Der Versuch, den Fremdkörper mit dem Lithotriptor zu entfernen, mifslang; die Blase wurde daher von der Vagina aus eröffnet und die Nadel auf diesem Wege extrahiert. — Die ungewöhnlich rasch erfolgte Inkrustation war, wie die an-

gestellten Versuche ergaben, nicht etwa bedingt durch das Material, aus dem die Nadel bestand, das Celluloid, sondern wahrscheinlich durch den im Harn durch Kultur nachgewiesenen Micrococcus ureae. Die weifsliche Wolke, welche die Nadel einhüllte, war gebildet durch Zoogloea, die in reichlicher Menge im Urin enthalten war.

1905. Heft 14.

1. **Die direkte Cystoskopie**, von Georges Luys-Paris. In der *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires* (1905. Nr. 7, referiert in Band 41 der *Monatshefte*, S. 68) hat L. ein neues Endoskop zur direkten Besichtigung und Behandlung der mit Luft gefüllten Harnblase des Weibes beschrieben und die Technik des Verfahrens und seine Vorzüge vor der Cystoskopie nach Nitze geschildert. Hier nun wiederholt L. unter Einfügung einiger Ergänzungen all das, was er an jener Stelle gesagt. Die wesentlichste dieser Ergänzungen ist die Komplettierung des Instrumentariums durch ein Endoskop, das die Anwendung des Verfahrens auch beim Manne ermöglicht. Dieses Endoskop unterscheidet sich von dem zum Gebrauch beim Weibe bestimmten durch die gröfsere Länge des Tubus (18 gegen 10 cm) und durch seinen Konduktor, dessen vesikales Ende 3 cm weit über den Tubus hinausragt und da, wo dieser aufhört, beweglich ist; es kann durch eine am äufseren Tubusrande angebrachte Schraube in stumpfwinklige Stellung, wie sie der Krümmung eines Mercier-Katheters entspricht, gebracht und wieder gerade gerichtet werden. Das Instrument wird mit gekrümmtem Konduktor eingeführt; ist es an Ort und Stelle, dann wird der Konduktor gerade gestellt und entfernt.

Die Vorteile der direkten Cystoskopie mit dem neuen Instrument gegenüber der Untersuchung mit dem Prismencystoskop sind folgende:

1. Die untersuchten Partien erscheinen in Form, Lage und Gröfse so, wie sie in Wirklichkeit sind

2. Die Füllung der Blase mit Luft, wie sie bei der direkten Cystoskopie benötigt wird, bewirkt nicht wie die Füllung mit Flüssigkeit eine Spannung und leichte Anämisierung der Blasenwandung; die Schleimhaut behält vielmehr ihren natürlichen Blutgehalt und ihre natürliche Farbe bei.

3. Die direkte Cystoskopie ist auch bei stark entzündeter Harnblase mit minimaler Kapazität möglich.

4. Während starke Hämaturie oder Pyurie durch rasche Trübung der die Blase füllenden Flüssigkeit die Untersuchung mit dem Prismencystoskop unmöglich machen kann, wird die direkte Cystoskopie auch durch solche Verhältnisse nicht behindert.

5. Die direkte Cystoskopie ermöglicht die Applikation von Medikamenten auf ganz bestimmte Punkte der Blasenschleimhaut.

6. Die Katheterisierung der Ureteren ist mittels des Blasenendoskops sehr leicht und ungefährlich; eine Verschleppung von Keimen in die oberen Harnwege ist ausgeschlossen.

Die wesentlichsten Einwände, die gegen die direkte Cystoskopie erhoben werden können, sind:

1. Das Instrument ist dicker als das Prismencystoskop. Indes ist die Differenz zwischen der Stärke eines Ureterencystoskops und der Stärke des für den Gebrauch beim Manne bestimmten cystoskopischen Tubus nicht beträchtlich.

2. Das Gesichtsfeld ist beschränkt. Dafür sieht man, wie Tuffier hervorhebt, das, was man sieht, sehr deutlich, und überdies kann durch Bewegungen des Tubus nach und nach die ganze Blasenschleimhaut zur Ansicht gebracht werden.

3. Es wird behauptet, dafs mittels des endoskopischen Tubus die neben dem Blasenhals befindliche Partie nicht gesehen werden kann. Das ist nicht richtig; man

sieht auch diese Partie, wenn man mit dem Ende des Tubus die zu untersuchende Blasenwand niederdrückt.

Am Schlusse seiner Arbeit berichtet L. kurz über sieben Beobachtungen aus der jüngsten Zeit, in denen sich sein Verfahren glänzend bewährt hat; in all diesen sieben Fällen handelte es sich um Frauen. Das Urteil, das Delbet und Tuffier über das neue Instrument und seine Brauchbarkeit fällen, ist, wie L. schliefslich noch anführt, ein sehr günstiges.

Ausführlichere Mitteilungen über das Verfahren enthält L.s Werk: „Endoscopie de l'urèthre et de la vessie" (Masson, Paris 1905).

2. **Untersuchungen über die Sekretion und Exkretion kranker Nieren,** von F. Cathelin-Paris.

3. **Beitrag zum Studium der Nierentuberkulose und ihrer chirurgischen Behandlung,** von Alf. Pousson-Bordeaux. (Heft 11, 12, 13 und 14.)

4. **Die malignen Tumoren der Niere,** von Guyon.

5. **Die Fremdkörper der Blase,** von Guyon. Der kurze Artikel wurde früher schon im *Journ. d. pratic.* veröffentlicht und nach dieser Zeitschrift auch referiert.

1905. Heft 15.

1. **Urotropin und Helmitol: ihre therapeutische Wirksamkeit nach den Ergebnissen der experimentellen Untersuchungen und der klinischen Beobachtungen,** von F. P. Guiard. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Abnorme Lokalisationen der Blennorrhoe,** von Jullien. Zu den an abnormer Stelle lokalisierten Blennorrhoen („blennorrhagies aberrantes") rechnet J. die „präurethralen Blennorrhoen", das sind die blennorrhoischen Follikulitiden und die blennorrhoischen Infektionen der periurethralen Drüsen und der periurethralen Gänge, ferner die ano-rektale Blennorrhoe, die blennorrhoische Erkrankung der Mundhöhle und der Nasenschleimhaut. Auf die blennorrhoische Infektion der Nasenschleimhaut bei Neugeborenen hat J. schon im Jahre 1878 hingewiesen, fand aber damals mit seiner Behauptung, dafs die Coryza der Neugeborenen häufig blennorrhoischer Natur sei, wenig Glauben. Neuerdings nun hat De Stella in zahlreichen Fällen Gonokokken im Nasensekret von Säuglingen, die an Coryza litten, nachgewiesen; auch nach seinen Erfahrungen ist die blennorrhoische Coryza bei Neugeborenen sehr häufig. Die Affektion verläuft im allgemeinen gutartig, wenn sie auch ausnahmsweise zu sekundären Infektionen der Lungen, zu Pyämie und zu Arthritiden führen kann. Die Behandlung besteht in Spülungen der Nase mit 2—3%iger Protargollösung; nach jeder Spülung wird Borsäure-Mentholsalbe auf die Schleimhaut appliziert oder Pulver, bestehend aus Argent. nitr. 0,15, Talc. 10,0, eingeblasen.

3. **Varicocele und Zwangsvorstellung,** von Lucien Piqué. Die Varicocele ist, wie bekannt, nicht selten durch hypochondrische Erscheinungen oder physische Störungen kompliziert. Diese werden von einer Reihe von Autoren als strikte Indikation zur Operation betrachtet, während andere eben wegen der häufig vorhandenen psychischen Störungen in allen Fällen von Varicocele einen Eingriff ablehnen. Beide Parteien haben nach P. unrecht. Nach seiner Anschauung ist die Operation am Platze bei starker Varicocele, wenn die Kranken geistig vollständig intakt sind, auch keine Spur von Hypochondrie aufweisen, aufserdem aber bei Varicocelen, und zwar auch bei geringgradigen Varicocelen, wenn gleichzeitig Hypochondrie besteht; denn diese wird durch den Krampfaderbruch gehalten und gestärkt. Varicocelen bei Geisteskranken dürfen dagegen niemals operiert werden; auch bei Kranken mit leichter Varicocele, vorzeitig eingetretener Impotenz und krankhaften Samenverlusten ist jeder Eingriff kontraindiziert, da auch diese Patienten nach P. meist geisteskrank sind oder werden. Endlich dürfen auch Hypochonder und Geisteskranke, die sich eine gar nicht

vorhandene Varicocele nur einbilden, unter keinen Umständen operiert werden. Welch trauriges Leben Kranke der letztgenannten Kategorie oft führen, beweisen die am Schlusse mitgeteilten vier Krankengeschichten.

4. **Bemerkung über die Radikalbehandlung der Hodenektopie**, von Léon Imbert-Marseille. Vor einiger Zeit hat Delbet empfohlen, einen ektopierten Hoden mittels eines Silberfadens an der Haut der Innenfläche des Oberschenkels zu fixieren. Ein ganz analoges Verfahren hat I. schon früher in einem allerdings leichten Falle mit Erfolg angewendet und auch beschrieben. Er zog den ektopierten Hoden nach Durchschneidung aller fibrösen Stränge nach abwärts und fixierte ihn im Grund des Skrotums, nicht wie Delbet mit einem Silberfaden, sondern mit einem starken Katgutfaden, dessen beide Enden durch die Skrotalhaut hindurchgeführt wurden. Das eine Ende wurde dann durch die Haut der mittleren inneren Partie des Oberschenkels durchgezogen und mit dem anderen Fadenende verknüpft. *Götz-München.*

La Syphilis.

Juli 1905.

I. **Über die Syphilis der Placenta**, von A. Schwab. Trotz zahlreicher Arbeiten über die Histiogenese und die Art der Entwicklung der Placenta sind die Ansichten über die syphilitische Infektion derselben noch verschieden. Der erste, welcher Untersuchungen über die syphilitische Placenta anstellte, war Virchow, er unterschied Läsionen der mütterlichen und foetalen Placenta. Nach ihm arbeiteten unter anderen Rokitansky, Oedmannson, Fraenkel, Sinéty, Duchamp, Dias über dasselbe Thema. Auch Schwab gab 1896 eine Arbeit heraus, indem er feststellte, daſs die aktive Syphilis, wenn sie sich auf den Foetus im Intrauterinleben überträgt, an der Placenta stets charakteristische Erscheinungen hervorruft. Es gibt also eine syphilitische Placenta, deren charakteristische Merkmale makroskopisch und mikroskopisch nachweisbar sind. Makroskopisch ist diese Placenta dick, umfangreich, schwer, von blasser Farbe, oft ödematös und im allgemeinen weich, histologisch zeigt sich eine echte Placentarcirrhose von embryonärem Ursprung, die Läsionen sind diffus, befallen die verschiedensten Elemente der mütterlichen und fötalen Placenta, die Chorionzotten sind hypertrophisch, ihr Struma ist von embryonären, granulösen Zellen durchsetzt, die Gefäſse zeigen eine Endoperivascularitis. Ähnliche Beobachtungen machten auch Solowij, Rosinski, Mračnk, Hitschmann und R. Volk, Roulacroix und Dumon. Alle Autoren haben fast identische Beobachtungen gemacht. In der vorliegenden Arbeit gibt Sch. nun noch einmal ein eingehendes Bild aller Veränderungen der syphilitischen Placenta. Er beschreibt zuerst die makroskopischen Veränderungen, bestehend in Volumen- und Gewichtsvermehrung, verbunden mit einer gewissen Blässe und Ödem dann die mikroskopisch wahrnehmbaren der Chorionzotten, Gefäſse, Bindegewebe und des Plasmodium, ferner die Läsionen der Membrana chorii, der mütterlichen Placenta und des Nabelstranges im Verlaufe der syphilitischen Infektion und die Verteilungen in den einzelnen Abschnitten der Placenta, sowie den Einfluſs der placentären Läsionen auf den Fötus. Das Resultat lautet: Im Verlauf der syphilitischen Ansteckung findet man jedesmal, wenn das Ei infiziert ist, einerlei ob von väterlicher oder mütterlicher Seite aus oder von beiden, in der Nachgeburt konstante und charakteristische Veränderungen. Diese Veränderungen sind von den verschiedensten Forschern stets gefunden, so daſs man mit Recht von einer syphilitischen Placenta sprechen kann, die in der Hauptsache folgende Veränderungen zeigt: Vermehrung des Volumens und Gewichtes, besonders in bezug auf das Gewicht des Fötus,

Hypertrophie der Zotten, Arteriitis mit perivaskulärer Cirrhose, nicht beständige Proliferation des Syncytium, Läsionen der Arterie des Nabelstranges.

II. **Allgemeine Paralyse und Syphilis**, von ALFRED FOURNIER. In der Diskussion über obigen Vortrag, den FOURNIER in der Academie de Medécine in Paris am 21. Februar 1905 hielt, bemerkt RAYMOND: Nach seiner Ansicht kann die Syphilis allein keine Paralyse erzeugen, sondern es bedarf dazu, um eine Meningoencephalitis diffusa hervorzubringen, eines besonderen Bodens, einer gewissen erblichen Disposition oder auch eines durch Alkohol geschwächten Individuums. Pathologisch-anatomisch findet man im Gehirn der Paralytiker oft Erscheinungen einer frischen Syphilis, wenn man Serienschnitte macht und besonders die Hauptgefäfse und die Einschnitte zwischen den einzelnen cerebralen Erhebungen genau prüft. PINARD betont, dafs die Geburt eines gesunden Kindes nicht immer ein Beweis dafür ist, dafs die Eltern geheilt sind, wie ja oft einer Reihe von gesunden Kindern plötzlich ein hereditär-luetisches Kind folgt, ohne dafs eine neue Infektion der Eltern stattfand, aber jedenfalls sind die Chancen für die Geburt eines gesunden Kindes stets besser, wenn sich die Eltern vor der Zeugung desselben stets einer gründlichen Behandlungskur unterziehen; es genügt aber nicht nur dieses, sondern auch während der Schwangerschaft mufs die Frau noch gründlich mit Jod und Merkur behandelt werden. So hat PINARD seit 25 Jahren nie einen Mifserfolg erlebt, wobei er natürlich jedesmal den Vater vor der Zeugung, die Mutter auch während der Gravidität wieder behandelt. Er schliefst, wenn wir auch noch nicht die Gesetze der Übertragung der hereditären Syphilis genau kennen, so kennen wir wenigstens sicher ihre sachgemäfse Behandlung. HALLOPEAU erkennt den Zusammenhang zwischen Syphilis und Allgemeinparalyse an; sind doch sicher 60% der Paralytiker syphilitisch. Die Paralyse mufs als eine sekundär hervorgerufene Alteration bei prädisponierten Leuten betrachtet werden, entstanden durch spezifische Neubildungen in den Meningen oder der Rindensubstanz. Die Paralyse ist also eine Deuteropathie, meist hervorgerufen durch die Syphilis, die aber auch zuweilen durch andere schädliche Ursachen hervorgerufen werden kann. Die Behandlung kann daher nur prophylaktisch sein, um die im Körper vorhandenen Krankheitskeime zu zerstören, die zu einer Paralyse führen könnten. So mufs man also vor allem bei jedem Syphilitiker auf Störungen im Nervengebiet achten, um rechtzeitig eingreifen zu können. HALLOPEAU ist ein Anhänger der energischen chronisch intermittierenden Merkurbehandlung der Luetiker nicht nur zwei Jahre lang, sondern mindestens vier Jahre lang, dazwischen wird auch Jod gegeben. An einen schädlichen Einfluſs dieser Kuren glaubt HALLOPEAU nicht. LANCEREAUX steht auf dem Standpunkte, die Allgemeinparalyse ist keine Manifestation der Syphilis, weil die jetzt genau bekannte Läsion nicht den Charakter oder auch nur die Entwicklung der syphilitischen Veränderungen zeigt. Das Fehlen oder wenigstens das seltene Vorkommen der Paralyse in einer grofsen Zahl von Gegenden, wo die Syphilis sehr verbreitet ist, die absolute Wirkungslosigkeit einer antisyphilitischen Behandlung bei diesem Leiden machen eine Präventivbehandlung unnötig. RAYMOND betont nochmals, dafs man oft frische Lueserscheinungen im Gehirn der Paralytiker findet und präzisiert seinen oben zitierten Standpunkt. (Fortsetzung folgt.)

III. **Ergänzende Bemerkungen über Spirochaeta pallida SCHAUDINN.** Es handelt sich um eine Zusammenstellung der verschiedensten Besprechungen über SCHAUDINNS neue Entdeckung.

1. Ein Artikel in der *Presse médicale* vom 24. Mai 1905, der die Färbemethoden der Spirillen, die Methode mit Azurblau, Marino-Blau und die GIEMSAsche Methode schildert.

2. Ein Artikel in der *Presse médicale* vom 24. Mai 1905, welcher meldet, dafs

Jacquet und Sevin in Leipzig den Schaudinnschen Spirochaeten nur in Sekundärprodukten, nie in tertiären gefunden haben.

3. Einen Artikel von Levaditi, der in den Blasen eines syphilitischen Pemphigus bei einem achttägigen Kinde Spirochaeta pallida fand, ebenso an der Leiche eines zwei Monate alten kongenital syphilitischen Kindes in der Haut, Milz, Lunge und besonders in der Leber, ein Beweis, dafs die kongenitale Syphilis eine Spirillose ist.

4. Salmon fand den Spirillus in der Pemphigusblase eines lebenden syphilitischen Kindes.

5. C. Thibierge und P. Ravout haben festgestellt, dafs der Augenlidrand beim Macacus stets auf Syphilisimpfung reagiert, auch wenn das Virus an anderen Stellen desselben Tieres nicht haftet. Die Inkubationszeit ist lang. Sie hoffen, dafs der Macacus sich daher eignet, um auch bei ihm den Schaudinnschen Syphiliserreger zu finden.

IV. **Über kongenitale Syphilis und Spirochaeta pallida Schaudinn**, von C. Levaditi-Paris. Bei seinen Untersuchungen fand Verfasser, dafs es möglich ist, den Schaudinnschen Spirochaeten nachzuweisen in Hautpapeln im Beginn ihres Auftretens, in ungeöffneten Pemphigusblasen neugeborener Syphilitiker, in der Leber usw. Bedenkt man das ständige Vorkommen der Spirochaeta pallida in den Hautläsionen und in den anderen Organen der syphilitischen Neugeborenen und andernfalls die negativen Resultate, welche Verfasser bei Ammen fand, die absolut frei von Syphilis waren, so kommt man zu dem Schlusse, dafs der Schaudinnsche Parasit eine pathogene Rolle bei der Genese der hereditären Syphilis spielt. Die hereditäre Syphilis erscheint mithin als eine Spirillose der Neugeborenen, die viel Gemeinsames hat mit den spirillösen Infektionen bei Menschen und Tieren.

V. **Über den Syphiliserreger**, von Maratin. M. verbreitet sich über Spirochaeten und ähnliche Protozoen; er erklärt die Spirochaeten für verwandt mit den Trypanosomen, die ebenfalls Geifseln haben, und bespricht ihre Bewegungsart und Fortpflanzung. Die Wichtigkeit der Entdeckung Schaudinns besteht darin, dafs man eine neue bedeutende Handhabe zur Erkennung einer latenten Syphilis hat, und dafs man hoffen darf, dafs wenn erst Reinkulturen vorhanden sind, man vielleicht auch ein Syphilisserum für zukünftige prophylaktische Impfungen findet.

VI. **Über Menorrhagien und Metrorrhagien syphilitischen Ursprungs**, von Giovanni Franceschini-Vicenza. Man trifft zuweilen in der Praxis Fälle von starken Metrorrhagien, die sich nicht stillen lassen und jeglicher Therapie zu trotzen scheinen und deren Ursache unbekannt bleibt. In solchen Fällen soll man nicht versäumen, nach einer eventuellen Syphilis zu forschen. Verfasser berichtet über einen Fall bei einer 26jährigen Frau, die vor fünf Jahren von ihrem Manne Lues erwarb und mehrere Male abortierte. Nach Einleitung einer merkuriellen Behandlung hörte die heftige Metrorrhagie fast sofort auf, um nie wieder zu kommen. Es hatte sich scheinbar um eine Erkrankung des Eierstockes auf luetischer Basis gehandelt. F. meint, dafs man meistens, wenn eine Frau stirbt infolge einer Metrorrhagie, ohne dafs man sichtbare Läsionen findet, mit Recht eine nicht erkannte Lues als Ursache annehmen mufs. Er weist ferner darauf hin, dafs sich Hämorrhagien bei ovarieller oder uteriner Syphilis in der Sekundär- und Tertiärperiode zeigen können. So kann eine Arteriosklerose luetischer Art des Uterus die Ursache reichlicher Hämorrhagien sein und nur einer antisyphilitischen Therapie weichen. Die syphilitische Sklerose der Ovarien läfst sich öfters feststellen durch Hypertrophie oder Atrophie des Ovariums, durch reichliche Menorrhagien intermittierenden Charakters, durch Fehlen der Schmerzen selbst während der Zeit der Hämorrhagie, durch Fehlen jeder Beteiligung von seiten des Uterus, durch Versagen jeglicher Therapie, durch sofortigen Erfolg einer spezi-

fischen Behandlung. Die einzigen differentialdiagnostischen Merkmale zwischen syphilitischer Hämorrhagie der Ovarien und des Uterus sind der intermittierende Charakter der ersteren und sein Beginn mit Menorrhagien, die langsam in starke Metrorrhagien übergehen.

VII. **Über Uterinsyphilis.** Offener Brief an La Torre von Giovanni Franceschinni-Vicenza. Verfasser gibt seiner Freude Ausdruck über den Artikel des Gynäkologen La Torre über Uterinsyphilis, dessen Ansichten sich mit denen des Verfassers decken, die oben bereits in der Hauptsache ausgeführt sind.

VIII. **Über einige Unvereinbarkeiten bei Arzneimitteln,** von L. Devaemont. D. zeigt, dafs es nicht gleichgültig ist, beim Sirup Gibert den syrupus simplex durch syrupus quinquina zu ersetzen wegen ihres verschiedenen Jodgehaltes und weil der Syrupus Gibert dann einen grofsen Teil seiner Eigenschaften verliert. Will man den Geschmack bessern, so kann man Kaffeesirup dafür einsetzen.

Bernhard Schulze-Kiel.

The British Journal of Dermatology.

Juni 1905.

Lebensalter und Herpes zoster, von Wilmott Evans. Die Ansichten der Autoren über das Lebensalter, in welchem der Herpes zoster vorwiegend zur Beobachtung kommt, gehen ziemlich weit auseinander. Einige meinen, dafs alle Lebensalter mit Ausnahme der frühen Kindheit gleichmäfsig beteiligt sind, andere, dafs Erwachsene häufiger erkranken als Kinder und alte Leute, und eine dritte Ansicht hält das Alter zwischen dem 3. und 20. Lebensjahre für das am häufigsten befallene. Des Verfassers Erfahrung, die sich mit der von Radcliffe-Crocker deckt, geht dahin, dafs zwei Lebensperioden vom Herpes zoster bevorzugt werden, Kinder bis zum 14. Jahre und Leute über 40 Jahre. Verfasser erklärt diese Erscheinung durch die Annahme, dafs es sich in beiden Lebensperioden um ätiologisch verschiedene Faktoren handelt. Die Mehrzahl der Fälle von Herpes zoster ist wohl bakterieller Natur; dafür spricht das Vorkommen von Epidemien und das Auftreten der Krankheit zu bestimmten Jahreszeiten. Dieser Form, glaubt Verfasser, gehören die meisten im Kindesalter vorkommenden Fälle an. Die Fälle des späteren Lebensalters sind einer anderen ätiologischen Gruppe zuzurechnen, wenn auch nicht immer die spezielle Ursache festzustellen ist; als solche kommen z. B. Arsenik, Trauma und tuberkulöse Meningitis in Betracht. Für eine solche Trennung sprechen auch gewisse Beobachtungen in der Symptomatologie. Bei Kindern ist die Krankheit sehr selten schmerzhaft und mit der Eruption verschwindet die Schmerzhaftigkeit vollends. In den Fällen des späteren Alters gehen der Eruption oft sehr heftige neuralgische Anfälle voraus und bleiben auch nach derselben und sogar nach ihrer Abheilung noch oft bestehen. Die Intensität der Schmerzen und die Ausdehnung der Entzündung stehen in gar keinem Verhältnis zueinander. — Bemerkenswert ist schliefslich noch die Beobachtung des Verfassers, dafs an den Fällen des späteren Alters ganz besonders (75 %) das weibliche Geschlecht beteiligt ist.

Juli 1905.

Ein weiterer Beitrag zu unserer Kenntnis des Erythema induratum, von Arthur Whitfield. In einer früheren Arbeit über den gleichen Gegenstand war Verfasser zu dem Schlusse gekommen, dafs es zwei wohlcharakterisierte Typen des Erythema induratum gibt, eine tuberkulöse und eine nichttuberkulöse Form; die beiden Formen unterscheiden sich dadurch voneinander, dafs die nichttuberkulöse

meist ältere Leute befällt, viel rascher verläuft, geringe Neigung zu Ulceration zeigt und viel schmerzhafter ist. In der vorliegenden Arbeit berichtet Verfasser über einen zu dieser zweiten Gruppe gehörigen, ganz frischen Fall. Er betraf eine 39jährige Frau aus nichttuberkulöser Familie, die seit einem vor sieben Jahren überstandenen akuten Gelenkrheumatismus häufig unter Gliederschmerzen, Kopfweh und Herzbeschwerden zu leiden hatte. Im letzten Jahre waren Knoten an den Beinen aufgetreten, vor drei Wochen ein neuer Schub an den Beinen und gleichzeitig auch an den Armen und Ohren. Die Untersuchung ergab zahlreiche Knotenbildungen von Erbsen- bis Haselnufsgröfse in der unteren Hälfte der Rückseite der Unterschenkel; die gröfseren Knoten fielen schon dem Auge durch die cyanotische Färbung der Haut auf, die kleineren waren nur beim Herüberfahren mit der Hand fühlbar. In der Anordnung bestand kein Zusammenhang mit der Venenverteilung, nirgends war Ulceration bemerkbar, die Knoten lagen sämtlich in der Haut und waren mit der Fascie nicht verwachsen; alle Knoten waren sehr empfindlich. Ähnliche Knoten, nur kleiner, befanden sich an der Streckseite der Arme; an den Ohren waren Knotenbildungen nicht vorhanden, aber die Ränder waren cyanotisch gefärbt. Tuberkulose innerer Organe war nicht nachweisbar, ebensowenig ein Klappenfehler am Herzen. Eine Probeinjektion von Tuberkulin verlief ganz ohne Reaktion. Die Knoten verschwanden innerhalb kurzer Zeit von selbst. Ein vom Bein exzidierter Knoten zeigte sich ganz von Fett eingebettet und zusammengesetzt teils aus narbigem Bindegewebe, teils aus jungem, infiltrierendem Gewebe, das sich bei genauer Untersuchung als eine circumskripte Proliferation von Fettzellen erwies; an einigen Stellen fanden sich Riesenzellen, sonst aber gar keine Ähnlichkeit mit Tuberkulose. — Verfasser glaubt, dafs diese Form des Erythema induratum rheumatischer Natur ist. Anschliefsend berichtet Verfasser über einen Fall tuberkulöser Form bei einem jungen Mädchen mit immer neuen Anfällen, regelmäfsiger Ulceration der Knoten und positivem Ausfall der Tuberkulinreaktion. In diesem Falle gelang es dem Verfasser, eine wesentliche Besserung zu erzielen durch fortgesetzte Tuberkulininjektionen bei sorgfältiger Kontrolle des Blutes.

Eine Untersuchung über die Ätiologie des Kinderekzems, von Arthur J. Hall. (Fortsetzung.) Schlufs folgt. *A. Loewald-Kolmar.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1905. Heft 2.

Perivasaler Befund bei progressiver Paralyse des Kindes, von Campana. Der Verfasser hat von jeher die Ansicht verteidigt, dafs eine Reihe von zuweilen vorübergehender Symptome im Verlaufe von Tabes und progressiver Paralyse nicht etwa rein funktionelle durch die Toxhämie verursachte Erscheinungen seien, wie dies unter anderen Edinger behauptet hat, sondern dafs sie wirklich auf anatomischen Veränderungen beruhen, die ihrerseits allerdings auch vorübergehend sein können; diese Veränderungen bestehen bekanntlich in perivasalen, kleinzelligen Infiltraten.

Fragment aus Campanas Handbuch der Syphilographie. Dieses Fragment bildete den Inhalt eines Vortrages des Verfassers und handelt über die Definition der Syphilis, ihre Unterscheidung von anderen sogenannten venerischen Affektionen in klinischer und historischer Beziehung, über ihre Natur und ihr Wesen, ihre verschiedenen Perioden, ihr anatomisches Substrat.

Die Resistenz und die Reizbarkeit des kollagenen Gewebes und der roten Blutkörperchen bei einigen Dermatosen, von Lanzi. Diese besondere

Reizbarkeit des kollagenen Gewebes, welche nur bei gewissen Individuen beobachtet wird und als neurotrophische Störungen betrachtet worden ist, besteht im Auftreten von Urticariaquaddeln über mehr oder weniger ausgedehnte Hautgebiete sowie in der Schwellung der Schwangerschaftsnarben, verbunden mit heftigem Jucken.

Über das Verhalten der Kulturen des Typhusbacillus in Berührung mit Blutserum von Syphilitikern und Individuen mit Hauttuberkulose, von Lanzi. Die Agglutination des Typhusbacillus kommt sowohl bei Vermischung mit Serum von Syphilitikern als mit solchem von Tuberkulösen zustande, bei letzterem aber etwas später. Bringt man gleichzeitig beide Arten von Blutsera mit Kulturen von Typhusbazillen in Berührung, so ist die Agglutination noch geringer, aber immerhin vorhanden.

Über die Ansteckungsquellen bei einigen Hautkrankheiten, von Campana. Als solche betrachtet der Verfasser verborgene chronische, infektiöse Herde in Nase, Urethra usw., von welchen durch Kratzen oder auf andere Weise Keime auf die eigene oder fremde Haut verschleppt werden.

Erythem und septische Pusteleruption; septische Urethritis, von Saracehl. Verfasser beschreibt einen Fall von pustulösem, über weite Gebiete ausgebreitetem Erythem, dessen Quelle er auf eine Urethritis zurückführt, wobei die infektiöse Keime von der Urethralöffnung durch Kratzen auf die Haut verschleppt worden.

Terzaghi beschreibt einen **Fall von nekrotischer Phlegmone des Skrotums und Hodens nach blennorrhoischer Balanoposthitis.** Es bestand aufserdem eine tiefe, chronische blennorrhoische Urethritis und in der Harnröhre sowie im nekrotischen Abscesse wurden Gonokokken konstatiert.

Mikrosporon furfur in den Nägeln, von Terzaghi. Die Affektion war auf die Zehennägel lokalisiert, welche verdickt und brüchig waren. Daneben bestanden ekzematöse Plaques an beiden Beinen, Varicen und Narben von alten Geschwüren.

C. Müller-Genf.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Dezember 1904.

I. **Über Tätowierung und ihre Beziehungen zu Leprabazillen,** von K. Mitsuda-Tokio. Ein 39jähriger Mann aus der Arbeiterklasse liefs sich in seinem 14. Lebensjahre eine Tätowierung am linken Oberarme, weiter im Alter von 19 Jahren eine solche auf dem Rücken vornehmen. In seinem 31. Lebensjahre trat dann plötzlich Anästhesie in der rechten Halsgegend auf, und es gesellten sich ihr allmählich Lähmung des Facialis, Atrophie der Handmuskulatur, Beugestellung der Finger, motorische und sensible Störungen an den Extremitäten usw. hinzu. Kurz, der Mann war jetzt an Lepra nervorum krank, bis weiterhin gegen Ende vorigen Jahres Hautinfiltration auftrat, und zwar zuerst am linken Oberarm entlang den tätowierten Linien. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand der Verfasser im Gewebe des tätowierten Hautstückes Kohlenpartikelchen unter anderem namentlich innerhalb der fixen Zellen im Corium, und gerade in diesen vom Verfasser genannten „tätowierten Zellen" fanden die Leprabazillen ihr Hauptquartier. Diesen Befund will Verfasser auf aktive Tätigkeit von Bacillus leprae zurückführen, indem dieser die durch Aufnahme der Fremdkörper an Widerstandskraft eingebüfsten Zellen aufsucht.

II. **Über Tinea imbricata,** von D. Aoki. Über das Vorkommen von Tinea imbricata auf der Insel Taiwau (Formosa) lag bis jetzt kein Bericht vor. Verfasser gelang es jedoch, während seiner siebenjährigen ärztlichen Tätigkeit in Taihoku in Formosa vier Fälle zu beobachten. Bei dem einen Fall, von dem A. hier berichtet,

handelte es sich um ein Krankheitsbild, das fast den ganzen Körper aufser Kopf, Handtellern und Fufssohlen betraf und sich mit der Beschreibung von MANSON vollkommen deckte. Doch hält Verfasser die Bezeichnung „dachziegelartig" (imbrex) für nicht gerade gut gewählt und vergleicht wenigstens in seinen Fällen die Ablagerung der Schuppen etwa mit Bergketten auf der Landkarte. — Therapeutisch empfiehlt Verfasser Sublimatbäder mit nachfolgender Waschung mit Schmierseife. Nach gründlicher Abtrocknung wird dann Jodtinktur gemischt mit Kampfertinktur (zu 1 : 4) aufgetragen.

III. **Über die 16. Sitzung der Dermato-Urologischen Gesellschaft in Tokio.** Februar 1905. 1. **Nachruf für Prof. Dr. J. SCRIBA aus Darmstadt,** von K. DOHI. Verfasser, der früher Assistent bei SCRIBA war, widmet seinem verstorbenen Lehrer einen warmen Nachruf, worin er die Bedeutung SCRIBAS als Gelehrter und als Mensch hervorhebt. SCRIBA war von 1881 an als Professor der Chirurgie an der kaiserlichen Universität in Tokio tätig, bis er 1900 seine Stelle niederlegte und zum Ehrenprofessor ernannt wurde; bis zu seinem Tode war er dann Leiter des St. Lukas-Hospitals. Er hat sich durch sein reiches Schaffen und seinen guten Charakter ein bleibendes Denkmal in Japan gesetzt.

2. **Ein neuer Nährboden für die Gonokokkenkultur,** von E. KUSUNOKI-Tokio. Im Laboratorium DOHIS gelang dem Verfasser die Züchtung der Gonokokken auf einem nach seiner Zusammenstellung bereiteten Nährboden, bestehend aus einem Teile sterilisierter Milch und zwei Teilen Peptonagar. Die Entwicklung der beinahe durchsichtigen, feuchtglänzenden, grieskorngrofsen Kolonien auf diesem Milchpeptonagar geschieht bei der Blutwärme schon nach 24 Stunden. Nach 48 Stunden erreichen sie dann die Hirsekorngröfse, sind meist isoliert, selten konfluiert. Auch die Strichkultur auf dem schiefen Nährboden erzeugt ebenso durchsichtige, feuchtglänzende, strich- oder punktförmige Kolonien. Sie bestehen aus lauter Diplokokken, deren Eigenschaften sich mit denjenigen der Gonokokken vollkommen decken; denn sie lassen sich nicht nur nach GRAM entfärben, sondern sie verursachen durch die Impfung in die menschliche Urethra jedesmal typischen Tripper mit positivem Gonokokkennachweis. Übrigens wachsen sie auf gewöhnlichen Nährböden nie, dagegen gedeihen sie mehr oder weniger leicht auf Ascitesagar, Blutserumagar usw.

Der Verfasser hat bis jetzt mit dem eitrigen Ausflusse aus der Harnröhre von 14 männlichen Peersonen, die teils an akutem, teils an chronischem Tripper leiden, Kulturen auf diesem neuen Nährboden angelegt, die stets von Erfolg gekrönt wurden. Er glaubt daher, annehmen zu dürfen, dafs sein Nährboden nicht nur tauglich ist, sondern auch wegen der Einfachheit seiner Zubereitung und wegen der sicheren Entwicklung der Kolonien von gröfserer praktischer Bedeutung sein wird, als alle bisher für die Gonokokkenkultur bekannten Nährböden.

3. **Indische Medizin und Quecksilber,** von K. DOHI-Tokio. Dieser Artikel schliefst sich an DOHIS frühere Arbeit: „Über das Quecksilber in der alten japanischen und chinesischen Medizin" (in *Chu-Gai Tji Shimpo*, einer medizinischen Zeitschrift in Tokio, 5. Jan. 1901) an. Darin hat der Verfasser nachgewiesen, dafs das Quecksilber in China schon vor 2000 Jahren, in Japan dagegen erst im achten Jahrhundert nach Christi in der Literatur erwähnt wird, dafs aber seine weit verbreitete Anwendung als Heilmittel — namentlich gegen Syphilis — vom 16. Jahrhundert herrührt. Beachtenswert ist daher die Tatsache, dafs das Quecksilber in Indien, wo es zuerst von Caraca (um Christi Geburt) und Susurata (später) als rasa und parada angeführt und jahrhundertelang als ein allheilendes Mittel anerkannt war, die erste nachweisliche Erwähnung von seiner Anwendung gegen Syphilis (phiranga) ebenfalls erst in das 16. Jahrhundert fällt. Verfasser meint daher, dafs seine Ansicht, die Syphilis sei erst

im 16. Jahrhundert von Westen nach Osten durch die Portugiesen und Spanien eingeschleppt worden, hier abermals ihre Bestätigung gefunden habe.

4. **Über die Therapie der Bubonen,** von T. Ohno-Tokio. Nachdem Verfasser verschiedene Behandlungsmethoden der Bubonen beschrieben hat, hält er speziell in bezug auf das Welander-Langesche Verfahren das Jodoformglycerin nach Fontan und Hermann als eine reizlose und dabei sicher wirkende Injektionsflüssigkeit für das beste Mittel. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bücherbesprechungen.

Studien über die Albuminoide mit besonderer Berücksichtigung des Spongins und der Keratine, von Eduard Strauss. (Verlag von Carl Winter-Heidelberg.) Die Arbeit ist eine Einleitung und der erste Teil einer größeren Reihe von Studien über die Albuminoide und umfaßt die Albuminoide der Evertebraten und Vertebraten, sowie das Ergebnis experimenteller Studien über das Spongin, das erste Keratin und das Ovokeratin. Der Grundgedanke der Untersuchungen ist der, durch Zerlegung einiger Albuminoide in ihre möglichst genau isolierten „Albumosen" zu einer schärferen Charakteristik derselben zu gelangen. Es gelang dem Verfasser durch die Methode der Spaltung mit sehr verdünnter Mineralsäure.

Bezüglich des genaueren Inhalts der fleißigen Arbeit muß auf das Studium derselben verwiesen werden. *A. Strauss-Barmen.*

Das Radium und die radioaktiven Stoffe, von Dr. Karl Freiherr von Papius. (Mit 86 Abbildungen. Verlag von Gust. Schmidt, Berlin.) In klarer, übersichtlicher und gemeinverständlicher Weise gibt das Buch eine Gesamtdarstellung der modernen Forschung über Radium und die radioaktiven Substanzen mit Einflechtung experimenteller Versuche und besonderer Berücksichtigung der photographischen, physiologischen und praktischen Beziehungen. Ausgehend von den Röntgenstrahlen untersucht der Verfasser zunächst den Zusammenhang dieser Strahlen mit Fluoreszenz, bespricht dann die Entdeckung der photographischen Wirkung der Uransalze durch Becquerel und deren Wirkung, sowie die Entdeckung der Radioaktivität bei verschiedenen Substanzen, wie Thor, Polonium, Aktinium, Radium. Sodann geht er auf das Radium selbst ein, kennzeichnet seine Verbreitung, Gewinnung und Eigenschaften, die Strahlung der radioaktiven Substanzen und die Wirkungen der Becquerelstrahlen in chemischer, elektrischer, thermischer, mechanischer und physiologischer Beziehung. Das letzte Kapitel ist den Erscheinungen der ausgeteilten Radioaktivität gewidmet, der Entdeckung der Imanation, ihrer Entstehung, ihrem Vorkommen und ihrer Verbreitung, ihren Eigenschaften und den Unterschieden der Emanation der verschiedenen radioaktiven Stoffe. Besonders interessant sind mit Rücksicht auf das kürzlich in den Handel gebrachte Radiophor, das die Benutzung des Radiums in der Therapie zu einer allgemeineren zu gestalten verspricht, die Hinweise über die Aktivierung von Stoffen durch Eintauchen und Auflösen in Radiumlösung und über die praktische Verwertung der Erscheinung der mitgeteilten Radioaktivität. In einem Schlußabschnitt wird eine Erklärung der Erscheinungen der Radioaktivität gegeben.

Jedem, der sich eingehend über alle diese Dinge unterrichten will, sei die treffliche Arbeit zum genaueren Studium dringend empfohlen.

A. Strauss-Barmen.

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mračeк. (Wien 1905. Alfred Hölder. 15. Abteilung.) Die vorliegende Abteilung umfaßt die Kapitel Prurigo, Strophulus und Impetigo contagiosa von Matzenauer-Wien, Impetigo herpetiformis von Ehrmann-Wien, von ebendemselben auch die Pigmentanomalien. Den Schluß macht ein Teil des von Mračeк selbst behandelten Kapitels von der Syphilis der Haut. Die Prurigo betrachtet Matzenauer ganz vom Standpunkte der Wiener Schule als eine im ersten oder zweiten Lebensjahre mit Quaddeln oder als Lichen urticatus auftretende eminent chronische, stark juckende Hautkrankheit, die er aus praktischen Gründen nach Hebra in eine milde und heftige Form (Prurigo mitis und agria) scheidet. Die Impetigo herpetiformis ist eine äußerst selten zu beobachtende schwere Hauterkrankung, bei welcher zwar die Prozesse der Haut das einzig wahrnehmbare Symptom darstellen, welche aber zweifellos eine Allgemeinerkrankung ist. Sie hängt stets mit der Schwangerschaft zusammen und endigt tödlich. Der tödliche Ausgang erfolgte in einer Anzahl von Fällen unter tuberkulösen Erscheinungen. Der febrile und letale Verlauf legen die Annahme einer infektiösen, toxischen Ätiologie viel näher als jene einer reflektorischen, neurotischen Art. Bakteriologische Untersuchung hat noch nichts Pathognomonisches feststellen können. Bei Impetigo contagiosa fand Matzenauer sowohl in den unversehrten Bläschen als auch in den Borken stets eine Kokkenform, welche mikroskopisch und kulturell nachweisbar war. Von den Reinkulturen derselben lassen sich durch Impfung künstlich superfizielle Bläschen hervorbringen, welche ebenso wie die durch das Sekret natürlicher Impetigoeffloreszenzen erzeugten Bläschen im weiteren Verlaufe ganz und gar den natürlichen Impetigoblasen gleichen. Diese Kokken kann man, wie Matzenauer hervorhebt, vorläufig weder morphologisch noch kulturell von dem Staphylococcus pyogenes albus und aureus unterscheiden. Die Impetigo circinata hat dem Autor die gleiche Kokkenart ergeben. Impfungen auf dem eigenen Arm ergab die gewöhnliche, nicht die circinäre Form. Unna, Kaufmann und Blaschko hingegen glaubten feststellen zu können, daß man es bei der kontagiösen Impetigo mit einem besonderen, vom gewöhnlichen Staphylococcus differenten spezifischen Impetigococcus zu tun habe. Sabouraud kam zur gleichen Zeit zu ganz anderen Ergebnissen. Er glaubt, daß die Impetigo durch Staphylokokken erzeugt wird. Letztere gewann er aus frischen Blasen in Bouillonkulturen. Wahrscheinlich kommt den Staphylokokken aber nur eine Nebenrolle zu. Dafür spricht auch, daß wir es bei dem mit der Impetigo contagiosa wohl identischen Pemphigus neonatorum ebenfalls mit Staphylokokken als Krankheitskeimen zu tun haben. *Hopf-Dresden.*

Die Stellung des Arztes im bürgerlichen Rechtsleben — Die zivilrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, von Dr. jur. Hellwig. (Leipzig, A. Deicherts Verlag. 1905.) Das vorliegende Buch umfaßt zwei Arbeiten, deren erste die allgemeine Stellung des Arztes im bürgerlichen Rechtsleben behandelt, während die zweite sich ausschließlich mit der Bedeutung der Geschlechtskrankheiten im Zivilrecht befaßt. Letztere stellt ein Gutachten dar, das der Verfasser auf Verlangen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erstattet hat. Eine zivilrechtliche Haftung tritt nur dann ein, wenn die Übertragung einer Geschlechtskrankheit fahrlässig oder vorsätzlich geschehen ist. Unter den Übertragungsarten ohne geschlechtlichen Verkehr sind hauptsächlich die Ansteckungen zwischen Amme und Säugling zu beachten. Die Eltern haften der Amme, wenn diese die Krankheit vom syphilitischen Säugling akquiriert. Selbst wenn bei besonders hohem Lohne Schadenersatzansprüche in dieser Hinsicht beim Eingehen des Mietverhältnisses ausdrücklich ausgeschlossen worden sein sollten, bleibt die Haftung gleichwohl rechtlich bestehen, sofern die Eltern von der Krankheit des Kindes

Kenntnis hatten. Der Arzt, welcher die Krankheit des Kindes den Eltern verheimlicht, ist ebenfalls haftbar, ebenso sofern er fahrlässig die Natur des Leidens nicht erkannt hat. Bei Krankheit der Amme gilt das gleiche ebenfalls für den Arzt. Auch ist die Vermittlerin haftbar, wenn sie das Leiden der zu Verdingenden gekannt hat. Nach den gleichen Gesichtspunkten regelt sich die Haftbarkeit bei andersartigen Übertragungen der Krankheit, wie durch Trinkgeschirre (Wirt), bei Entbindungen (Hebamme), durch Instrumente (Arzt). Der Arzt z. B. ist auch dann haftpflichtig wenn sein Personal das infizierende Instrument nicht genug gereinigt hatte. Beim Geschlechtsverkehr ist eine Haftung als aufser Frage stehend anzuerkennen, wenn die Übertragung zwischen Eheleuten, auf dem Wege der Notzucht oder unter Ausnützung der Willenlosigkeit einer Frauensperson erfolgt ist. Auch haftet der Übertragende, wenn die Frauensperson freiwillig an einem sittlich verwerflichen oder wegen Ehebruchs strafbaren Geschlechtsverkehr teilgenommen hat. Nötige Voraussetzung ist dabei nur, dafs der übertragende Teil seines Leidens Natur gekannt hat, beziehentlich bemerkt hat und bei gehöriger Aufmerksamkeit hätte kennen müssen. Es genügt z. B. auch schon, dafs der übertragende Mann vorher schon einen solchen Beischlaf ausgeübt hat, der ihm die Möglichkeit seiner Erkrankung durch ihn hätte nahelegen müssen. Ein geschlechtskrank Gewesener wird trotz des Glaubens an seine Heilung so lange bei Ausübung des Geschlechtsverkehrs fahrlässig handeln, als er nicht durch ärztliche Beratung völlig gedeckt ist. Und trotzdem mufs der Betreffende aufserdem noch seine eigene Beobachtungskraft zu Hilfe nehmen. Wenn z. B. ein Arzt den Kranken nicht genügend gewissenhaft untersucht hat oder einem Syphilitischen ohne genaue Nachforschung sogleich die Eheerlaubnis erteilt hat, so ist der Patient trotzdem haftbar und schuldig, falls er infiziert, weil die mangelnde Gründlichkeit der ärztlichen Untersuchung ihn hätte wankend machen müssen. Es genügt also, wie man ersieht, ein leichtes Verschulden, um die Schuld und Haftung zu erzeugen. — Es würde zu weit führen, dem Verfasser weiter in alle Einzelheiten seines Stoffes zu folgen. Es sei darum auf das Buch selber verwiesen, besonders was die Verhältnisse in der Ehe anbelangt. Einen Ausweg, zu verhüten, dafs ein Geschlechtskranker heiratet, kennt das Gesetz im deutschen Reiche nicht. Möglicherweise könnte man dazu kommen, zu fordern, dafs dem Standesbeamten eine ärztliche Beglaubigung vorgelegt wird, dafs der Ehekandidat frei von Geschlechtskrankheiten ist. (Wie steht es aber da mit dem Gesundheitsattest für die Braut? Der Referent.) Doch kann sich der Verfasser für diesen Zeugniszwang nicht erwärmen.

Hopf-Dresden.

Dermatologische Heilmittel (Pharmacopoea dermatologica). Dr. Jessner Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 8. A. Stuber, Würzburg 1905. Jessner selbst sagt am Schlusse dieses neuen Heftes: „Wenn in der Pharmacopoea dermatologica manches wohl vermifst werden wird, so glaube ich doch, dafs daraus dem Praktiker, dem dasselbe eine Handhabe in dem Labyrinth alter und neuer Heilmittel bieten soll, kein Nachteil erwächst. Im grofsen und ganzen dürfte die Darstellung genügen, um dem Arzte bei jedem Mittel die wichtigsten Indikationen und die Anwendungsweise an die Hand zu geben. Mit Absicht ist die Behandlung der einzelnen Heilmittel eine sehr ungleichmäfsige, da es vor allem darauf ankommt, über die vielgebrauchten und vollbewährten Heilmittel sich genauer informieren zu können.“ Diesen Worten kann ich mich vollständig anschliefsen; in klarer und knapper Weise hat Jessner diese für den Praktiker sehr wertvolle Zusammenstellung gemacht und ein handliches und in jeder Weise brauchbares Nachschlagebüchlein geschaffen, ohne durch die Hochflut neuerer Mittel, die wie gewonnen, so zerronnen erscheinen und gehen, den Leser zu erlahmen oder den praktischen Arzt zu verwirren. In allem

bringt er mit Recht nur Hauptsachen und selbst Erprobtes, darin liegt der Wert. Auch die Einteilung der Mittel in

1. Reinigungs- und Entfettungsmittel,
2. Einfettungs- und Schutzmittel
   a) tierische Fette,
   b) pflanzliche Fette,
   c) fettähnliche Stoffe,
   d) Glycerin,
   e) zusammengesetzte Fette,
3. Anästhetica für die Haut,
4. Antihydrorrhoica,
5. Antiseborrhoica,
6. Epidermoplastica,
7. Antipsoriatica,
8. Keratolytica,
9. Keratoplastica,
10. Antiparasitaria,
11. Zerstörungsmittel,
12. Pigmentzerstörungsmittel,
13. Resorbentia,

ist praktisch und bequem. Alles in allem ein gutes und nützliches Heft!

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Versuche über die Entstehung von Hautalterationen und Glykosurie bei der subcutanen Anwendung der Nebennierenpräparate, von Bernhard Zschech. (Inaug.-Dissert., Greifswald 1904.) Ohne jede Bedeutung. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von weit verbreiteter Verkalkung der mittleren und kleineren Arterien der Haut und der Extremitäten, von Karl Delventhal. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Die Untersuchungen von Dr. J. Siegel über die Ätiologie der Pocken, der Maul- und Klauenseuche, der Lues und des Scharlachs, (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 18.) Siegel glaubt nachgewiesen zu haben: 1. daſs bei den Pocken, der Maul- und Klauenseuche, der Lues und bei Scharlach regelmäſsig bestimmte, einander ähnliche und zu derselben Gattung gehörige Parasiten, und zwar Protozoen vorkommen, die er als Cytorrhyctes variolae, Cytorrhyctes aphtharum, Cytorrhyctes luis und Cytorrhyctes scarlatinae bezeichnet; 2. daſs die vier Krankheiten sich leicht und sicher durch subcutane, zum Teil auch durch intravenöse und intraperitoneale Impfung, sowie bei Syphilis im besonderen durch Impfung in die Iris auf Kaninchen übertragen lassen; bei den geimpften Kaninchen sollen dann dieselben Parasiten wie im Ausgangsmaterial auftreten. Den Entwicklungsgang der Parasiten glaubt Siegel bei den vier Arten mehr oder weniger vollständig verfolgt und insbesondere die Stadien der Sporulation, sowie in frischem Material lebende und be-

wegliche Formen beobachtet zu haben. Was die Pocken anlangt, so identifiziert Siegel seine Pockenparasiten mit den Guarnerischen Körperchen, deren regelmäfsiges und ausschliefsliches Vorkommen nach Impfung der Kaninchenhornhaut mit Variola oder Vaccine allgemein anerkannt ist. — Diese Untersuchungen wurden im Zoologischen Institut der Universität Berlin ausgeführt, ihre Ergebnisse hat Professor Eilhard Schulze der Königl. preufsischen Akademie der Wissenschaften vorgelegt.

A. Loewald-Kolmar.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über neuere Gesichtspunkte in der Dermatotherapie, von O. Lassar-Berlin. (*Med. Klinik.* 1904. Nr. 3.) In der vorliegenden Arbeit bespricht Verfasser bei einer Reihe von Dermatosen die modernen therapeutischen Fortschritte aus der dermatologischen Disziplin. Zur Abhandlung kommen folgende Krankheiten: 1. Teleangiektasie, 2. Herpes, 3. Impetigo contagiosa, 4. Vaccine generalisata, 5. Favus, 6. Lupus erythematodes, 7. Lupus tuberculosus, 8. Papuläre Lues, 9. Lepra tuberosa, 10. Cancroid und 11. Mykosis fungoides. Sämtliche Fälle sind in einer beigegebenen farbigen Tafel sehr gut illustriert. Die Bilder sind nach einem von Lassar angegebenen Verfahren hergestellt: es sind Diapositive mit Anilinfarben durch Künstlerhand koloriert und durch mehrfarbigen Steindruck wiedergegeben.

Die therapeutischen Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Die Therapie an der dermatologischen Universitätsklinik des Prof. Dr. Viktor Janowsky in Prag, von F. Samberger-Prag. (*Therapie an d. Universitätskliniken.* II. Ausgabe. Alfred Hölder. 1905.) Neben der lokalen Behandlung, die sich im wesentlichen nicht oder wenig von der allgemein üblichen unterscheidet, wird auch scheinbar grofses Gewicht auf die interne Medikation gelegt und stets die Allgemeinbehandlung des Grundleidens betont. So wird beispielsweise bei Ekzem Ichthyol oder Ichthalbin innerlich empfohlen, ferner alkoholfreie Diät, Verbot aller schwer verdaulichen, stark gewürzten und gepfefferten Sachen, reizlose Kost und Genufs von Milch anempfohlen. Zu achten ist weiter bei Ekzem auf Diabetes, Chlorose, Skrophulose, Verdauungsstörungen usw. Bei Lupus vulgaris wird roborierende Diät, Arsen in Tropfen, Pillen oder als Mineralwasser (Levico, Roncegno), bei Kindern Lebertran verordnet usw.

Weitere Einzelheiten, die sich namentlich auf Rezept von Salben und Pasten beziehen, eignen sich nicht zur Besprechung in einem kurzen Referate und müssen im Originale nachgesehen werden. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Prinzipien und Fortschritte in der Behandlung der nicht parasitären Hautkrankheiten, von Kromayer-Berlin. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 47.) Zu den nicht parasitären oder „essentiellen" Hautkrankheiten gehören das Ekzem, die Psoriasis, der Lichen ruber, die Pityriasis rosea, Lupus erythematosus, das Ekzema seborrhoicum, die Seborrhoe und die (Therapie) Akne. Da wir ihre Ätiologie nicht kennen, so kann die Therapie nur eine symptomatische sein.

A. Innere Behandlung. Bei Psoriasis hat sich die vegetarische Ernährung, bei chronischen Ekzemen, welche häufig zur harnsauren Diathese in Beziehung stehen, eine antigichtische Diät als zweckmäfsig erwiesen. Bei anderen Formen von Ekzem (Seborrhoe, Akne) ist bestehende Obstipation zu bekämpfen. Durch Bevorzugung aller kotbildenden Nahrungsmittel (Gemüse, Kartoffel, Obst, Salate, Schrotbrot, viel Butter) und Darreichung kleiner Quantitäten von Karlsbader Salz. Von Medika-

menten sind am wirksamsten Jodkalium (jedoch nur in grofsen Dosen: 10—30 g pro die) und Arsen in Form der asiatischen Pillen oder der 25 %igen Toxylinjektionen.

B. Äufsere Behandlung, durch:

1. Ruhigstellung der Haut:
   a) Schutz der Haut vor thermischen, mechanischen Insulten (Wasser-, Puder-, Salben- oder Pastenverband).
   b) Reinigung der Haut, am besten durch flüssiges Paraffin.
   c) Entspannung der Haut durch Beseitigung der Schuppen, Krusten, Blasen, (Seifenbäder, Skalpell, Schere).
   d) Beseitigung des Juckreizes durch Kälte, Puder, Kühlsalben. Eine vorzügliche Kühlsalbe ist:

Acid. salicyl.
Acid. carbol.
Naphtol ää 0,5
Lanolin
Vaselin ää 30,0
Aquae
Aceti ää 15,0

2. Reduktion des chronisch-entzündlichen Gewebes durch reduzierende Mittel. Bei der Seborrhoe, dem seborrhoischen Ekzem, der Akne ist der Schwefel am wirksamsten, am besten in folgender Form: Sulf. praecip. 10,0; Spir.-Vin. 30 %; Glyzerin 5 — Beim chronischen Ekzem die grüne Seife und der Teer, dessen bestes Präparat das Anthrasol ist. Die bekannte Wilkinsonsche Salbe wird am besten so verschrieben:

Sulf. praec.	20,0
Sap. virid.	5,0
Ol. Cadini (Anthrasol)	10,0
Pasta Zinci	65,0

Die Psoriasis und die psoriatischen Ekzeme werden noch immer am wirksamsten mit Chrysarobin behandelt. Das Derivat desselben, das Eurobin, sowie die Pyrogallussäure und ihre Derivate, z. B. Eugallol, vermögen es nicht ganz zu ersetzen. Das beste Ersatzmittel scheint noch das Lenigallol (Pyrogallol und Essigsäure) zu sein, welches jedoch bei der folgenden Indikation:

3. Vernichtung des pathologischen Gewebes, seine beste Verwendung findet. Hier hatte Hebra als Ultimum refugium die Ätzung mit 30 %iger Kalilauge empfohlen. Die Anwendung dieses heroischen Verfahrens ist jedoch wenig beliebt, weil die Indikationsstellung schwierig ist und eine gewisse Erfahrung voraussetzt. Bei solchen hartnäckigen chronischen Ekzemen mit akuten Nachschüben hat sich nun die Applikation einer 10 %igen Lenigallol-Zinkpaste vorzüglich bewährt. Indes gibt es immerhin gewisse Ekzemfälle, bei welchen die Behandlung mit Kalilauge nicht zu umgehen ist.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Die moderne Wundbehandlung, von Benno Müller-Hamburg. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 9.) Eine allgemeine Übersicht über die Mechanik der Wundverhältnisse und über die Auf- und Anfassung von Wunden. Zunächst ist es wichtig zu wissen, dafs die Wunde, eine Kontinuitätstrennung der Gewebe des Organismus, schon dann vorhanden ist, wenn nur die Schicht der Epithelzellen durchritzt ist und Lymphspalten dabei eröffnet sind. Gerade die Eröffnung blofs der Lymphgefäfse ist oft gefährlicher als eine Eröffnung der Blutgefäfse, da eben den ersteren Wunden der Vorteil des Abblutens abgeht. In allen Fällen mufs man die Ränder selbst kleinster Wunden gleich an den Eingängen frei machen durch Beschneiden des Wund-

randkranzes, erst dann darf man die kleinen Wunden mit Kollodium bezw. Heftpflaster schliefsen, allenfalls kann man dann auch etwas Pulver einstreuen in den nunmehr kraterförmigen Grund der Wunde.

Hat man gröfsere Wunden vor sich, so mufs man bei der Reinigung derselben darauf achten, dafs man mit der Heifswasser-Seifen-Reinigung erst die Umgebung der Wunde und dann mit neuer Bürste und Seifenwasser die Wunde selbst reinigt.

Hat man mit Schere und Messer Toilette der Wunde vorzunehmen, so mufs man erst die hauptsächlichsten Fetzen der Wundränder abtragen, dann erst mal wieder mit Sublimat u. dgl. die Wunde bespülen, und nun erst geht man weiter mit dem Abtragen und Glätten der übrigen, kleineren Randpartien vor. Dann kann man auch eher mal eine Naht riskieren, und wenn sie nur zur schnelleren Annäherung weitabstehender Wundränder dient, natürlich wird man auch hierbei nicht einen eventuellen Drain vergessen.

Bei Eiterungen und Phlegmonen heifst es vor allem erst ausgiebig inzidieren und dann gut tamponieren und suspendieren. Denn die Hauptsache ist, dem Eiter freien Abflufs zu verschaffen; zu diesem Zwecke mufs man auch unter Umständen mit dem scharfen Löffel freie und offene und breite Mulden schaffen.

Um Festkleben der Tampons zu vermeiden, ist ein reichlicher Streupuder- oder Salbenübersug nicht unangebracht.

Betreffs der Asepsis ist die erste Forderung, infektiöses Material unangetastet zu lassen oder mit Handschuhen anzufassen. *Arthur Rahn-Colln (Sachsen).*

Über Hauttransplantation nach den Methoden von Ollier-Thiersch und Lefort, von P. S. A. Morin. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 61.) An Stelle der älteren Operationsmethoden, bei denen gestielte Lappen angewandt werden, sollten nach der Meinung des Verfassers die dermo-epidermischen Ollier-Thierschschen Transplantationen und die totalen Lefortschen Hauttransplantationen in der chirurgischen Praxis ausgeführt werden. Die erstere Methode ist indiziert bei der Behandlung variköser Ulcerationen und bei der Deckung von traumatischen und chirurgischen, die letztere bei weniger ausgedehnten chirurgischen Defekten.

Fritz Loeb-München.

Zur Technik der Hautnaht, von E. Holländer-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1904. Nr. 24; 1905. Nr. 1 ff.) Die Sutura sicca, d. h. die Wundvereinigung ohne Nadel und Faden durch Aneinanderlegen der Hautteile durch Binden- und Pflasterstreifen, die früher viel angewandt wurde, hat auch heute noch ihr Wirkungsfeld, da, wo man aus irgendwelchen Gründen nicht nähen will, z. B. bei Amputationen bei Diabetikern oder zur Unterstützung sekundär bleibender Wunden. Als Material hierzu empfiehlt Verfasser das Leukoplast wegen der Reizlosigkeit und grofsen Klebekraft.

Im folgenden geht nun H. auf die Technik der einzelnen Nahtmethoden, wie sie früher gebräuchlich waren, näher ein und beschreibt die erzielten modernen Fortschritte.

Bei der Sutura nodosa, der Knopfnaht, verwendet man nach Langenbecks Vorschlag am besten gerade, lanzettförmig geschliffene Nadeln, namentlich wenn es sich um lange Wunden handelt.

Der Knopfnaht haften drei Mängel an, die eine Verbesserung wünschenswert erscheinen liefsen: 1. das Auftreten der Nahteiterungen, 2. die häufig fehlende Feinheit der Nahtlinie, was namentlich bei Operationen im Gesichte stört und 3. die sehr lange markierten Stichstellen. Die Beseitigung des ersteren Übelstandes rief die modernen Recherchen nach dem besten Nahtmateriale und seiner Zubereitung hervor.

Die subcutane Naht exakt ausgeführt, zeichnet sich durch grofse Feinheit aus und sucht so die beiden anderen Mifsstände zu beheben.

Die fortlaufende Naht, auch Sutura pellionum, Kürschnernaht genannt, hat ihre Stellung in der Sektionstechnik bewahrt und kommt ferner bei versenkten Nähten bei der Fasciennaht und Darmnaht weiterhin zur Verwendung.

Die Sutura clavata bestand darin, dafs man an das eine Ende des Fadens einen Zapfen aus Holz oder eine Perle band, dann eine Knopfnaht machte und beim Nahtschlufs auch in das andere Ende des Fadens einen Zapfen legte. Der Vorteil bestand in dem innigen Aneinanderlegen breiter Wundränder. Verfasser meint, dafs man diese Naht auch heute noch mit Vorteil zum vorläufigen Verschlufs der Bauchhöhle verwenden kann, wenn man bei versenkter Tamponade und offenem Peritoneum einen Darmprolaps verhindern will; statt der Zapfen sei gerollte Gaze geeigneter.

Die Sutura intorta sive circumvoluta hat namentlich bei Hasenschartenoperationen ihre Bedeutung erlangt. Insektennadeln werden durch die Wundränder gestochen und die Adaption und Fixierung derselben durch in Achtertouren umwickelte Fäden besorgt, statt der Fäden wird jetzt der elastische Zug kleiner Abschnitte von Drainröhrchen verwendet, was günstige kosmetische Erfolge liefert.

Die im Mittelalter viel gebräuchliche Methode der Anwendung der Serres fines, kleiner federnder Zängelchen, mit deren Zähnen die Wundränder gefafst werden, während das Zusammenhalten die Feder bewirkt, ist in letzter Zeit in Gestalt der Michelschen Klammern neu aufgelebt. Mit chirurgischen Pinzetten, die an ihren Spitzen je eine kleine konkave Aushöhlung zur Aufnahme der Klammer tragen, werden kleine Kreissegmente aus nicht federndem Metalle, deren Spitzen scharf nach innen umbogen sind in die Hautränder eingezwickt. Die Vorteile bestehen in absoluter Sterilität des Nahtmaterials, dichtem Halten der wallartig gekammten Naht, Ersparnis des Nadelhalters und des Nahtmaterials. Länger als vier bis fünf Tage dürfen die Klammern aber nicht liegen bleiben, da sonst kleine nekrotische Herde entstehen, die noch lange einen pigmentierten Punkt zurücklassen. Die Abnahme geschieht durch Auseinanderziehen mit besonderen Haken. Durch mehrere Abbildungen werden Einzelheiten der verschiedenen Nahtmethoden illustriert.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über den Gebrauch von Ätzmitteln, von R. Chrobak - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 12.) Neuerdings hat die Vaporisation des Uterus viel von sich reden gemacht, da man hofft, mit derselben das ganze Gebärmutterinnere veröden zu können, ohne den Zervikalkanal zu treffen. Das letztere gibt Ch. gerade gegenüber so mancher Ätzmethode zu, aber die Verödung der Gebärmutterhöhle ist und bleibt doch schliefslich etwas problematisch, denn die Uterushöhle hat doch keine zylindrische oder Kugelgestalt, wird also darum ganz ungleichmäfsig vom einwirkenden Dampfe getroffen, und es bleiben bei der ungleichmäfsigen Einwirkung auf die Schleimhaut leicht Ungleichheiten zurück, die leicht verderblich werden können; denn wenn eine inselartige Verklebung nur einzelner korrespondierender Zonen eintritt, kann es leicht zu höchst bedenklichen Stagnationen und Zerrungen und Zirkulationsanomalien kommen.

Ch. bevorzugt daher immer noch am ehesten die bisherigen intrauterinen Ätzungsmethoden, wenn er auch im Falle einer Hämophilie der Vaporisation den Vorrang beläfst.

Jedes Ätzmittel, welches durch seine chemische Beschaffenheit auf das Endometrium einwirken soll, mufs entweder zur Zeit des Gebrauches flüssig oder, wenn in festem Zustande eingeführt, leicht löslich sein.

Die flüssigen Mittel spritzte man oder gofs man früher ein, doch neuerdings

empfiehlt sich mehr das Auftragen des flüssigen Ätzmittels auf Wattebäuschchen oder Wattepinsel, die auf ein Stäbchen aufgewickelt sind, oder man tränkt Gazestreifen und tamponiert mit solchen Streifen das Gebärmutterinnere. Zu den flüssigen Mitteln in diesem Sinne rechnet Ch. das Argentum nitricum, das Acidum carbolicum in alkoholischer Lösung, das Ferripyrin und das Wasserstoffsuperoxyd und namentlich auch die rauchende Salpetersäure, für welche er als Träger Asbest vorschlägt. Von den schwächeren Mitteln bevorzugt Ch. das Acidum pyrolignosum, welches aber crudum fuscum sein muſs, dann Cuprum sulfuricum, Alumen ustum und crudum, allein oder in Verbindung mit Plumbum aceticum und das Kalium permanganicum. Angenehm und bequem ist auch die Anwendung von intrauterinen Salbenstäbchen, die womöglich einen dünnen aber festen Docht haben. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über die Anwendung von Pasten in der Dermatologie und als Abschluſs oberflächlicher Wunden, von L. M. Pautrier. (*La presse méd.* 1905. Nr. 25.) P. empfiehlt den Ärzten die in Frankreich noch wenig eingeführten Pasten Lassars und Unnas, er gibt ihre Zusammensetzung, Wirkungsweise und ihre Indikationen an und betont ihren Wert bei dermatologischen Krankheiten und bei kleinen oberflächlichen Wunden. Für die deutschen Leser enthält der Aufsatz nichts Neues, da die Pasten längst Gemeingut aller deutschen Ärzte geworden sind und keiner weiteren Empfehlung bedürfen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Verwendung der Spiritusverbände, von Brugger-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 7.) Die Verwendung des Alkohols bei Verbänden in der von Salzwedel angegebenen Weise hat sich im wesentlichen gut bewährt. Nach Salzwedels Vorschrift kommt auf die Haut eine etwa achtfache Lage in 96%igem Alkohol getränkten Verbandmulls, darüber eine 2—3 cm dicke Schicht lockerer Watte, darüber eine alles deckende Lage von durchlochtem, undurchlässigem Verband- oder Gummistoff und eine Binde. Fast allgemein ist man zur Anwendung schwächerer Lösungen übergegangen. Verfasser verwendet nur bei erheblichen Entzündungen, in denen eine energische Einwirkung erstrebt wird, 90%igen Spiritus, sonst stets 50- oder 60%igen Spiritus. Die Durchlochung der undurchlässigen Schicht hat den Zweck, die Verdunstung zu ermöglichen und Ätzwirkungen zu vermeiden. Die als undurchlässig bezeichneten Stoffe lassen aber wohl doch eine Verdunstung zu, und die Ätzwirkung von geringerwertigem Spiritus scheint nicht bedeutend zu sein. Verfasser hat jedenfalls bei Verwendung von 50%igem Spiritus und des sog. wasserdichten Verbandsstoffes stets von der Durchlochung abgesehen, ohne unangenehme Folgen zu beobachten. Die Haut muſs bei Anlegung des Verbandes trocken sein und darf nicht durch vorausgegangene hydropathische Umschläge erweicht sein. Wunden müssen mit steriler oder Jodoformgaze bedeckt oder locker tamponiert werden. Die Verbände müssen groſs sein und weit über die entzündete Gegend hinausreichen. Zur Erhaltung dauernder Feuchtigkeit müssen sie ein- bis zweimal täglich erneuert werden. Zu bequemerer Anwendung hat man neuerdings ein Präparat Alkoholcellit hergestellt, das 60% Alkohol in Protocellit gelöst enthält und mit dem Messer in Streifen oder Platten geschnitten wird, die den Verbandmull ersetzen sollen. Unter dem Namen Duralcol kommen aus Alkoholcellit hergestellte gebrauchsfertige Alkoholbinden in den Handel. Die Präparate scheinen sich gut zu bewähren.

Die Wirkung der Spiritusverbände besteht in Beschränkung der Entzündung und Linderung der Schmerzen; bei schwereren Formen wirken sie günstig auf die allgemeinen Krankheitserscheinungen und beschleunigen das Eintreten der Erweichung. Sie ermöglichen also eine Abkürzung der Krankheitsdauer und unter Umständen die Vermeidung von gröſseren Einschnitten und Narben. — Die hauptsächlichsten Indikationen für den Spiritusverband sind die Entzündungen der Haut und der darunter

liegenden benachbarten Gewebe, also Phlegmonen, Panaritien, Furunkel und Lymphgefäfsentzündungen, ferner Entzündungen und Vereiterungen von Lymphdrüsen (besonders Bubonen), sowie Erysipel. Mit Vorteil ist der Verband auch bei Gelenkentzündungen, besonders blennorrhoischen, zu verwenden, ferner bei allen infizierten oder infektionsverdächtigen Wunden sowie vor allem auch als Notverband.

Unangenehme Nebenwirkungen lassen sich bei richtiger Anlegung der Verbände gänzlich vermeiden. Einschrumpfungen der Haut an den Fingern sind auf zu festes Anlegen zurückzuführen; Ekzeme treten nur bei unreinem Spiritus auf. Auf die Feuergefährlichkeit der Verbände ist in jedem Falle aufmerksam zu machen.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Verwendung sterilisierter Wäsche gegen Hautkrankheiten der Säuglinge, von Albert Dennery. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 82.) Zur Prophylaxe und Therapie von Hautaffektionen im Säuglingsalter empfiehlt sich der Gebrauch trocken sterilisierter Wäsche. Die durch einfaches Auslaugen erzielte Desinfektion der Wäsche ist eine minimale, doch genügt für die ambulante Praxis das tüchtige Auskochen und Bügeln, wenn nach diesen Manipulationen die Wäsche vor Berührung mit infektiöser Umgebung geschützt wird. *Fritz Loeb-München.*

Die physiologische Wirkung der Solbäder, von Theo Grondel II-Bad Nauheim. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 11.) Die Versuche wurden in der hydrotherapeutischen Anstalt des Herrn Prof. Brieger gemacht und ergaben, dafs Chlornatrium-, Chlorkalium- und Chlorcalciumbäder von verschiedener Konzentration und indifferenter Temperatur in ihrer Wirkung auf den gesunden Organismus nach keiner Richtung hin voneinander verschieden sind und keinen wesentlich anderen Effekt ausüben als entsprechende Süfswasserbäder, wenigstens in bezug auf Körpertemperatur, Atem- und Pulsfrequenz, höchstens, dafs man kleinere oder gröfsere Blutdruckschwankungen beobachten kann. Das Dunkel, das über dem Wesen der von keinem erfahrenen Arzte angezweifelten therapeutischen Wirkung der Solbäder schwebt, wird auch durch vorliegende Arbeit nicht gelichtet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten, von Max Juliusberg-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 10.) Nach dem Arningschen Vorschlage versuchte J. in Neissers Klinik an einer Reihe von Hautkrankheiten den Einfluss der Gefriermethode, teils alleine, teils nach dem Vorschlage Dremos mit nachfolgender Salzsäureätzung. Er bediente sich statt des Chloräthyls der Kohlensäure. Zur Behandlung kamen Akne, Psoriasis, Sycosis, Ulcus cruris, Röntgenulcerationen, Cancroid, Lupus vulgaris und Lupus erythematosus. Die Erfolge waren verschieden. Es handelt sich bei der Gefriermethode hauptsächlich um eine zerstörende oder ätzende Wirkung, die bei der einfachen Gefrierung in einer oberflächlichen, bei der Gefrierung und nachfolgenden Ätzung in einer tiefer wirkenden Nekrotisierung des Gewebes besteht. Ob die starke seröse Transsudation und Leukocytose einen Einfluss auf die Krankheitsprozesse hat, bleibt dahingestellt. Jedenfalls scheint die Hauptanwendung der ersteren Methode beim Lupus erythematosus und Ulcus cruris, der letzteren beim Lupus vulgaris und Carcinom sich zu ergeben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über lokale Heifsluftbehandlung, von J. Lamberger-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1895. Nr. 1.) Der Artikel enthält nichts für den Dermatologen Interessantes.

Putsler-Dansig.

Die Finsen-Methode, von Milton Franklin-New York. (*Med. News.* 31. Dez. 1904.) Allgemeine Betrachtung über die Vorzüge der Finsen-Methode, welchen gegen über die Kosten und die relativ lange Dauer der Einzel- wie Allgemein-Behandlung nicht in Betracht kämen. Die besten Lampen sind noch immer jene von Finsen und Finsen-Reyn, deren Konstruktion Fr. kurz angibt. Das Prinzip, worauf dieselben

beruhen, ist, daſs keine bekannte Glasart den Bergkristall zur Durchgängigkeit der chemischen Strahlen ersetzen kann und daher jeder irgendwie praktische Apparat nicht gröſser sein darf, als der Gröſse der erhältlichen Quarzlinsen entspricht. Jeder Apparat, welcher aber Glas da enthält, wo die Strahlen durchzulassen sind, ist nach Fr.s Ansicht falsch konstruiert, da ultraviolette Strahlen den physikalischen Gesetzen gemäſs hier nie in solcher Menge durchgehen können, daſs sie für phototherapeutische Zwecke genügen. Von allen Modifikationen, die konstruiert wurden, hält Fr. als die beste jene von Goerl, welche von Prof. Piffard noch verbessert worden ist. Die Resultate waren damit sowohl bei Lupus erythematosus, wie bei anderen Hautaffektionen gute. Für Lupus vulgaris gibt es aber keine bessere Methode als jene von Finsen, wie Verfasser sich an deren Geburtsstätte selbst überzeugen muſste; notwendig sind Apparate von genügender Stromstärke und frei von Glas. Was die X-Strahlen betrifft, so glaubt er, daſs die Zahl der damit behandelten (Lupus-) Fälle noch zu gering (? Refer.) und zu wenig authentisch interpretiert seien, um mit jenen zahllosen, nach Finsen behandelten, in Vergleich kommen zu können. *Stern-München.*

Über die bakterizide Wirkung des Lichtes bei der Finsenbehandlung, von V. Klingmüller und L. Halberstaedter-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 14.) Es ist durch zahlreiche Versuche zweifellos festgestellt, daſs konzentriertes elektrisches Bogenlicht sehr starke bakterizide Wirkungen entfalten kann, wenn es sich um oberflächlichste Aussaaten von Bakterien handelt. Bei der Lupusbehandlung nach Finsen kommen aber solche Verhältnisse nicht in Betracht, hier fragt es sich vielmehr, ob es möglich ist, die innerhalb des Gewebes befindlichen Bazillen abzutöten. Die Verfasser haben, um diese Frage zu lösen, eine Reihe sehr interessanter Versuche angestellt, indem sie belichtetes tuberkulöses Material auf Meerschweinchen überimpften. Sie kommen zu dem Ergebnis, daſs bei der Finsen-Behandlung selbst oberflächlich gelegene Tuberkelbazillen nicht abgetötet werden, daſs also die so überaus günstigen Erfolge bei der Behandlung des Lupus vulgaris nicht auf der bakteriziden Wirkung des Lichtes beruhen können. *A. Loewald-Kolmar.*

Beiträge zur Phototherapie, von Theodor Kröhne. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Verfasser hat gefunden, daſs die ultravioletten Strahlen eine nicht sehr bedeutende Tiefenwirkung haben. Schon im lockeren subcutanen Gewebe war bei der Autopsie keinerlei Gewebsveränderung mehr zu bemerken. Um die Tiefenwirkung der chemischen Strahlen zu prüfen, stellte Verfasser mit der Quecksilberquarzlampe Versuche an, aus denen hervorgeht, daſs die Wirkung der chemisch wirksamsten Strahlen bereits in den oberflächlichen Schichten erschöpft ist. — Um die chemische Lichtwirkung der Bremerschen Bogenlampe zu prüfen, wurden Versuche mit Paramaecien angestellt, wonach die Wärme bei der „bakteriziden“ Wirkung des Lichtes eine groſse Rolle spielt, dagegen die chemische Wirkung der langwelligen Strahlen, soweit es wenigstens niedere Tiere wie die Paramaecien betrifft, kaum in Betracht zu ziehen ist. Weiterhin ergab sich, daſs die Wirkung der Bremer-Lampe in der Hauptsache eine Wärmewirkung ist, denn bei Ausschaltung der wirksamsten chemischen Strahlen blieb das Resultat dasselbe, während bei Ausschaltung der Wärme die Belichtungsdauer ungefähr verdreifacht werden muſste, um denselben Effekt zu erzielen.

Um die Wirkung der Quecksilberlampe auf die Haut zu untersuchen, benutzte Verfasser die Haut seines Vorderarmes. Er deckte den Arm mit starkem, schwarzem Papier bis auf eine zweimarkstückgroſse Stelle ab und setzte ihn den Lichtstrahlen dieser Lampe in einer Entfernung von 12 cm aus; die Belichtungsdauer betrug 6 Minuten. Irgendwelche Vorrichtung zur Abkühlung ist nicht notwendig, da die Wärmestrahlung so gering ist, daſs sie keineswegs lästig empfunden wird. Bereits einige Minuten nach beendeter Belichtung stellte sich ein schwaches Erythem ein, das un-

gefähr nach einer Stunde seinen Höhepunkt erreichte und einige Tage auf dieser Höhe blieb. Sechs Stunden nach der Belichtung stellte sich ein Brennen der betreffenden Hautpartie ein, das aber bald wieder nachliefs; hyperästhetisch blieb die belichtete Stelle ungefähr zehn Tage. Nach Verlauf von fünf bis sechs Tagen bekam die Rötung allmählich einen braunen Ton, und eine Woche nach der Bestrahlung schuppte sich die Haut ab. Die Stelle war noch nach Verlauf von zwei Monaten stark pigmentiert. Bei einem zweiten Versuch wurde eine Bergkristallinse genommen, aber zwischen die Haut des Armes und den zentralen Teil der Linse ein zehnpfennigstückgrofses Stück vom subcutanen Fett freipräparierter frischer Menschenhaut (ca. 1 mm dick) gelegt und 20 Minuten in derselben Entfernung wie oben bestrahlt. An der Peripherie der bestrahlten Stelle, welche den Strahlen ausgesetzt war, die nur den Bergkristall zu passieren hatten, trat das Erythem wie im ersten Falle ein, während das Zentrum, welches durch die zwischengeschaltete Haut geschützt war, vollständig weifs blieb. Es hob sich die zentrale weifse Stelle sehr schön von dem intensiv geröteten Hofe ab. Am siebenten Tage bildeten sich an der Peripherie Blasen, welche mit einer klaren Flüssigkeit gefüllt waren; diese platzten bald, und der Prozefs verlief weiter wie im vorher geschilderten Versuch. Diese Quecksilberquarzlampe hat den grofsen Vorteil, dafs wegen des reichen Gehaltes ultravioletter Strahlen eine Konzentration der Strahlen unnötig ist, ebenso die Kühlvorrichtungen wegfallen, beides Dinge, welche die Handhabung der Apparate sehr umständlich und die Apparate selbst sehr kostspielig machen. Freilich teilt sie den Nachteil mit vielen anderen Lichtquellen, dafs sie nur oberflächlich wirkt.

Bei der Vergleichung der verschiedenen Arten von Lichtstrahlen in bezug auf ihre chemische und Tiefenwirkung und ihre Brauchbarkeit in der Phototherapie für lokale Hautaffektionen ergibt sich, dafs ihre chemische Wirksamkeit, auf die es vor allem ankommt, in umgekehrtem Verhältnis steht zu ihrer Penetrationsfähigkeit, und dafs mit Abnahme des Penetrationsvermögens auch ihre Verwendbarkeit in der Therapie eine Einschränkung erleidet.

Die vorzügliche Arbeit enthält noch eine Reihe von Erörterungen. die im Original studiert werden müssen. Ihr Studium ist zu empfehlen.

Fritz Loeb-München.

Die therapeutische Verwendung der Licht-Wärmestrahlen, von August Laqueur-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 16.) Die Glühlichtbäder stellen vor allem eine sehr schonende Schwitzprozedur dar; man kann sie also bei Patienten mit schwachen Zirkulationsorganen viel eher anwenden als andere Prozeduren; sie stellen an das Herz keine grofsen Anforderungen und werden gut vertragen. Das Fehlen einer stärkeren Wärmestauung schränkt andererseits die Indikationen der Lichtbäder etwas ein, nämlich einmal bezüglich ihrer Anwendung bei schweren chronischen deformierenden Gelenkerkrankungen und bei schwerer Ischias, wo andere wärmestauende Prozeduren mehr leisten, zweitens mufs ihr Wert bei Stoffwechselerkrankungen in Frage gezogen werden. Bei Adipositas und Diabetes sind sie am Platze als vorbereitende Kur für eine nachfolgende kalte Abreibung und Massage. Glühlichtbäder wirken günstig bei Furunkulose, bei den sonstigen Hautkrankheiten bedient man sich besser der lokalen Bestrahlung mit Glühlampen oder Bogenlichtscheinwerfern, z. B. bei Ekzem, Akne, Psoriasis, Ulcus cruris, Leukoplacie und auch bei Neuralgien. Die lokalen Bestrahlungen mit Glühlampen und vor allem mit Bogenlichtscheinwerfern — Prozeduren, bei denen vorwiegend die Lichtwärmestrahlen zur Geltung kommen — haben im allgemeinen dieselben Indikationsgebiete wie lokale Hitzeprozeduren, soweit Hautkrankheiten im weiteren Sinne in Frage kommen, während aufser Trigeminusneuralgien vorwiegend nur leichte oberflächliche Neuralgien für lokale Lichtbehand-

lung passend sind. Die allgemeinen Sonnenbäder haben im ganzen dasselbe Indikationsgebiet wie die Lichtbäder. Auch ihre lokale Anwendung wird therapeutisch benutzt bei schlecht heilenden Wunden, Skrophuloderma und selbst Gelenktuberkulose und Kehlkopftuberkulose. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Erfahrungen bei Behandlung mit elektrischem Licht unter besonderer Berücksichtigung einer neuen Lichtsalbenbehandlung bei Hautkrankheiten, von Ludwig Steiner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 16.) An der medizinischen Universitätspoliklinik zu Leipzig wird zur Lichtbehandlung von Hautkrankheiten der mit Kohlenelektroden armierte Bogenlichtscheinwerfer (System Sanitas, 15 Ampères) verwendet. In neuerer Zeit wird die Lichttherapie vielfach mit der Anwendung einer von Vörner hergestellten Schwefelsalbe Thiolan verbunden, in welcher der Schwefel nicht in mechanischer Beimengung enthalten, sondern teils gelöst, teils in feinster Form im Fett suspendiert ist. Bei der kombinierten Behandlung werden die erkrankten Hautpartien nach vorangegangener kurzer Bestrahlung mit einer feinen Schicht der Salbe bedeckt und dann einer weiteren Bestrahlung von 10—30 Minuten Dauer ausgesetzt. Bei einer grofsen Anzahl von Hautkrankheiten, und zwar auch in Fällen, die weder durch die Licht- noch durch die Thiolanbehandlung allein beeinflufst wurden, ergab diese Methode sehr gute, mitunter geradezu überraschende Resultate; sie ist den gemachten Beobachtungen zufolge indiziert:

a) bei verschiedenen subakuten und chronischen Formen des Ekzems und bei chronischer Dermatitis;

b) bei Trichophytie, Pityriasis versicolor, Erythrasma und wahrscheinlich auch bei Favus;

c) beim seborrhoischen Ekzem und bei Pityriasis rosea;

d) bei Scabies, bei der sie sehr rasch, wenn gleichzeitig von vorne und von hinten bestrahlt wird, wohl schon durch einmalige halbstündige Bestrahlung zur Heilung führt;

e) bei Akne rosacea, Aknekeloid, Erfrierungen, Naevus vasculosus;

f) bei syphilitischen Gummen, bei denen jedoch Thiolan durch Quecksilbersalbe zu ersetzen ist. *Götz-München.*

Über die Erzeugung intensiver Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken, von J. Rosenthal-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 47.) Nach R. kommen den Induktorien von grofser Funkenlänge zurzeit noch einige Vorzüge vor den kleinen Induktorien zu, wenngleich man heute, hauptsächlich infolge der Verbesserungen der Unterbrecher, auch mit Induktorien von relativ kleiner Funkenlänge unter gewissen Voraussetzungen intensive Röntgenwirkungen erzielen kann.

Eine für therapeutische Zwecke besonders geeignete Röhre, die intensive Röntgenstrahlen verschiedener Art von relativ grofser Konstanz liefert und dabei sehr grofse Haltbarkeit besitzt, ist die „Platin-Eisen-Röhre", die von der Polyphos-Gesellschaft in München nach den Angaben R.s hergestellt wird. Eine wesentliche Verbesserung des Röntgeninstrumentariums bedeutet die Erfindung des Wehnelt- und des Simon-Unterbrechers; speziell den letzteren, namentlich die regulierbare Form, wie sie die Polyphos-Gesellschaft liefert, kann R. bestens empfehlen.

Mehr Wert als bisher sollte nach R. in der Röntgentherapie auf die Trennung der verschiedenen Strahlenarten gelegt werden. Die therapeutischen Erfolge werden sicher noch gröfsere sein, wenn für jeden speziellen Zweck die richtige Art von Strahlen gewählt wird: zur Erzielung ganz oberflächlicher Einwirkungen auf die Haut sehr leicht absorbierbare Strahlen, zur Einwirkung auf tiefer liegende Organe Strahlen von grofser Durchdringungskraft, oder Strahlen, von denen die leicht absorbierbaren

Strahlen durch geeignete Substanzen abfiltriert sind. Dabei soll man stets bestrebt sein, mit intensiven Strahlen zu arbeiten. *Götz-München.*

Neuerliche Fortschritte in der Technik der Behandlung mit Röntgenstrahlen, von C. L. Leonard-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. scienc.* April 1905.) Bei malignen Neubildungen erzielt man nach L.s Erfahrungen die besten Resultate, wenn sich an die operative Entfernung der Geschwulst sofort eine sehr energische Behandlung mit Röntgenstrahlen bis zur Erzeugung einer ausgesprochenen Dermatitis anschliefst. Wenn sich dabei Störungen des Allgemeinbefindens, Magen- und Leberaffektionen und rheumatoide Schmerzen einstellen, so ist dies zwar als eine Indikation zur zeitweiligen Einstellung der Bestrahlungen zu betrachten, kann aber andererseits nur als Beweis einer gründlichen Wirksamkeit freudig begrüfst werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie, von H. E. Schmidt-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 17.) Der Artikel enthält nichts Neues.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Metall- und Jodionenkatalyse, von H. Schade-Kiel. (*Zeitschr. f. experimentelle Pathologie und Therapie.* 1905. Band I.) Es ist in dieser sehr wichtigen Abhandlung eine neue, durchaus originelle Studie über die therapeutische Wirkungsart der Metalle und des Jods gegeben. Verfasser hat in sehr überzeugender Weise den experimentellen Nachweis erbracht, dafs den Metallen und manchen Metallverbindungen ähnlich wie bisher vom Hämoglobin bekannt, eine sauerstoffübertragende Kraft zuerkannt, und zwar ist diese Wirkung nach Schades Ansicht keine gewöhnliche chemische, sondern durch Kontakt bedingt, d. h. sie fällt unter das von Oswald begründete, für die technische Chemie schon sehr bedeutungsvoll gewordene Gebiet der Katalyse. So schwer auch für uns Mediziner die vorgelegten Untersuchungen auf ihre Richtigkeit hin zu prüfen sind, so interessiert es uns andererseits, zu sehen, wie die neuen Errungenschaften eines fremden Gebietes sich in ihrer Anwendung für die Medizin fruchtbringend erweisen. Die Arbeit beschäftigt sich mit der Eisen-, Silber-, Quecksilber- und Jodtherapie. Wenn auch für unser Spezialgebiet Quecksilber und Jod im Vordergrunde des Interesses stehen, so möchte ich doch nicht unerwähnt lassen, dafs die Schadeschen Ausführungen über das Eisen von Prof. Kionka, diejenigen über das Silber von Credé ungeteilte Zustimmung erfahren haben. Auch über das Quecksilber ist bereits ein ausführliches, sehr günstig lautentes Referat in der *Münch. med. Wochenshr.*, 1905, Nr. 11, von v. Düring erschienen.

Der Hauptinhalt der Arbeit, deren Lektüre wegen der Fremdartigkeit des ganzen Gebietes trotz der klaren Darstellungsweise zwar einige Schwierigkeiten bereitet, nichts destoweniger aber zur Bildung eines selbständigen Urteils in dieser mir sehr wichtig erscheinenden Angelegenheit dringend zu empfehlen ist, läfst sich, soweit Quecksilber und Jod in Betracht kommen, in folgendem zusammenfassen: Schade hat experimentell nachgewiesen, dafs Quecksilber eine erhebliche Sauerstoff übertragende Kraft besitzt. Diese Wirkung ist weniger von der Menge des verwendeten Metalles als von der Art der Verteilung abhängig. Wenn die Oberflächenentfaltung des Metalles eine hinlänglich grofse ist, wie z. B. bei der Schmierkur, oder wie eine solche das Metall in seinem kolloidalen Zustande gelöst darbietet, so ist diese Sauerstoffübertragung nach den vorgelegten Untersuchungen eine geradezu enorme, noch bei Anwendung von Mengenverhältnissen von 1 : 50000 tritt sie leicht nachweisbar und deutlich in die Erscheinung. Aber nicht dem Metall selbst, auch einigen Salzen und Eiweifsverbindungen des Quecksilbers ist jene Wirkungsart eigen. Da nun nach Schades Ansicht die Lues eine Erkrankung darstellt, welche in den meisten ihrer Erscheinungen den Stempel der Stoffwechselhemmung trägt, so ist die genannte Wirkung der Sauerstoff-

übertragung geeignet, diesem Erkrankungszustand entgegen zu wirken. Gerade dort, wo der normale Ablauf der für alles Organische so wichtigen katalytischen Vorgänge eine Störung erfahren hat, muſs sich die Stoffumsatz fördernde Kraft des Quecksilbers als ein Spezifikum erweisen, und wo Blut und Zellenergie nicht mehr ausreichen, um einen genügenden Stoffwechsel zu unterhalten, da ist dann die künstliche Quecksilberkatalyse ein geeignetes Mittel, um die zum Gewebsleben notwendigen Oxydierungen und Reduzierungen wieder zu ermöglichen. Sowohl die pharmakologischen wie die toxischen Erscheinungen gewinnen, im Lichte dieser neuen Theorie betrachtet, anscheinend erheblich an Verständlichkeit. Denn bei steigender Dosierung der Quecksilbereinverleibung muſs zunächst an den Orten der Ansammlung dieses Medikaments, d. h. namentlich Mund, Intestinaltraktus, Niere, vermehrter Stoffumsatz eintreten, als dessen Ausdruck die erhöhte Zellfunktion: Salivation, Diurese, Diarrhoe erscheint. Bei toxischer Gabe wird aber aus der unterstützenden Stoffwechselsteigerung eine übermäſsige Oxydationsbeförderung, es tritt ein Reizzustand ein, der in seinem Endstadium zum Zelltod, zur Nekrose führen muſs. Es würde so die Stufenleiter der Quecksilbersymptome Hypersalivation, Stomatitis catarrhalis, Stomatitis ulcerosa, Kiefernekrose sich bequem einer Erklärung zugänglich erweisen.

Wenn auch Verfasser selbst seine Anschauung für nichts weniger denn als ein abgeschlossenes Ganze erklärt, so glaubt er doch, wie mir scheint, nicht ohne Grund, eine ganz wesentliche Unterstützung für seine Theorie in der Tatsache zu finden, daſs selbst die winzigsten Spuren Quecksilber, wie sie z. B. bei Tragen des Merkolintschurzes in den Körper gelangen, zu merklichen therapeutischen Effekten befähigt sind. Denn gerade dies ist — so sehr es nach allen unseren bisherigen Anschauungen unerklärlich schien — bei der Katalyse eine gewöhnliche Erscheinung. Neben dieser katalytischen Einwirkungsart läſst Verfasser jedoch auch die bisher angenommenen chemischen Beeinflussungen in vollem Umfange gelten, ja, er glaubt sogar, daſs auch die antibakterielle und antitoxische Wirksamkeit der Merkurpräparate durch seine Untersuchungen eine weitere Stütze erfahren haben. Am Schluſs bemerkt Sch. vom Jod und seinen Präparaten, daſs diesen Stoffen ebenso eine katalytische oxydationsbeschleunigende Kraft zukommt, er sieht in dieser von den Physikochemikern gemachten Beobachtung eine weitere Stütze für seine Anschauung insofern, als sie die erste experimentelle Parallele zwischen zwei Medikamenten liefert, die nach ihren Wirkungen auf den Organismus, namentlich nach ihrem Heilwert bei der Lues, empirisch schon lange als zusammengehörig erkannt worden sind.

Alles in allem hat Schade eine sehr ansprechende Theorie auf Grund anscheinend einwandfreier Experimente aufgestellt, die durchaus eine eingehende Würdigung verdient und geeignet erscheint, unser Wissen über die antiluetische Pharmakotherapie zu fördern. Es ist daher das Studium der kurzen, aber sehr inhaltsreichen Originalabhandlung dringend zu empfehlen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Drüsen, von A. Buschke und H. E. Schmidt-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 13.) Durch Versuche an Meerschweinchen- und Kaninchenhoden haben die Verfasser die Beobachtungen von Albers-Schönberg und Seldin bestätigt, daſs die Röntgenstrahlen imstande sind, durch die unverletzte Haut hindurch epitheliale Organe zum Schwund zu bringen, ohne daſs nennenswerte Störungen der darüber gelegenen Haut eintreten. Dieser Schwund geht ohne makroskopisch sichtbare, schwere gröbere Veränderungen vor sich. Histologisch ergab sich, daſs trotz der Atrophie der Organe in einem Teil der Fälle selbst sechs Wochen nach der Bestrahlung noch lebende und bewegliche Spermatozoen in den Nebenhoden nachweisbar waren, in anderen Fällen nicht. Der Untergang der Epithelien vollzieht sich durch Vakuolisierung des Zellprotoplasmas

und schliefslichen Zerfall von Protoplasma und Kern. Was zunächst der Vernichtung anheimfällt, ist das sich schnell vermehrende und teilende Epithel der gewundenen Samenkanälchen; erst später folgt das mehr ruhende Epithel der geraden Kanälchen und des Nebenhodens. Das Hodenzwischengewebe, das wahrscheinlich nicht epithelialen Ursprungs ist, bleibt am längsten erhalten. Die Annahme, dafs nicht das Epithel der primär getroffene Teil ist, sondern dafs allen diesen Vorgängen eine primäre Schädigung der Blutgefäfse zugrunde liegt, ist nach diesen Untersuchungen nicht zutreffend.

In ganz anderer Weise als die Hoden reagieren die Nieren auf Röntgenbestrahlungen. Nur auf sehr starke Bestrahlungen erfolgt überhaupt eine Reaktion, und zwar in Form einer schweren groben Zerstörung (Nekrose). Das in langsamerer Regeneration befindliche Nierenepithel ist also erheblich widerstandsfähiger als das schnell proliferierende Hodenepithel. Die Schädigung rasch proliferierenden Epithels vermag die Tatsache zu erklären, dafs durch die gleiche Dosis Röntgenstrahlen die Epithelien des Cancroids vernichtet werden, während die normalen Epithelzellen des gleichen Individuums wenig oder gar nicht beeinflufst werden.

Die Prüfung der Wirkung von Röntgenstrahlen auf Schweifsdrüsen an der Katzenpfote ergab, dafs durch schwache Bestrahlungen eine völlige und lang anhaltende Unterdrückung der Schweifssekretion ohne nennenswerte Schädigung der Haut zu erzielen ist, und dafs diese schwere funktionelle Störung eintritt, ohne dafs oder jedenfalls bevor strukturelle Veränderungen in den Schweifsdrüsen zu konstatieren sind. Diese Beobachtung ist praktisch in einem Fall von Hyperidrosis manuum bereits mit Erfolg verwertet worden. Ob die Hemmung der Schweifsabsonderung vorübergehend oder von Dauer ist, läfst sich noch nicht sagen. *A. Loewald-Kolmar.*

In einem in der Gesellschaft prakt. Ärzte zu Riga (Sitzung vom 5. Nov. 1903) gehaltenen Vortrage **„Über Röntgenstrahlen als Heilmittel bei Hautkrankheiten"** berichtet v. Sengbusch über gute Resultate, die er in vier veralteten Lupusfällen sowie bei Sycosis parasitaria erzielt hat. Weder der Vortrag noch die ihm folgende Diskussion bringen wesentlich Neues. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 46.)

A. Loewald-Kolmar.

Aus dem Gebiete der Röntgenographie und Röntgentechnik, von Albers-Schönberg - Hamburg. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1905. Nr. 1.) Ein kurzer Überblick über die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin in letzter Zeit. In der Carcinomtherapie bieten meist nur solche Krebsfälle Aussicht auf erfolgreiche Behandlung mit Röntgenstrahlen, bei denen es bereits zu Ulcerationen gekommen ist, vorwiegend Cancroide der Haut, ulcerierte Mammacarcinome usw. Bei vorgeschrittenen Uteruscarcinomen wirken die Strahlen günstig gegen die Jauchung und Schmerzen.

In der Lupusbehandlung ist wenig Neues zutage gefördert. Die von Tappeiner eingeführte Eosinbehandlung wird neuerdings mit der Röntgenbestrahlung kombiniert.

Auf dem Gebiete der Diagnostik sind einzelne wertvolle Beiträge zu verzeichnen. Eugen Fränkel hat bei der Möller-Barlowschen Krankheit am lebenden Patienten an den Unterschenkeln einen eigentümlichen, der jüngsten Zone des Schaftes der betreffenden Knochen angehörigen, verschieden breiten Schatten vermittels der Strahlen feststellen können.

Pleuraadhäsionen an Pericard und Zwerchfell machen sich durch sichtbare Bewegungshemmungen des Herzens bemerkbar, wie Stuertz beobachtet hat.

Weiterhin sind Fortschritte in der orthodiagraphischen Technik speziell zur Feststellung von Tiefenbestimmungen zu verzeichnen.

Aus dem Gebiete der inneren Medizin sind noch die Heilungsvorgänge beim unkomplizierten Pneumothorax vermittels der Röntgenstrahlen zu erwähnen.

Über die physiologische Wirkung sind weitere Versuche angestellt worden, und man hat an der Milz und den Lymphdrüsen der bestrahlten Tiere Veränderungen, bestehend in Kernzerfall, beobachtet. Nach Aussetzen der Bestrahlungen gingen die Schädigungen bald wieder in normale Verhältnisse über. Es soll überhaupt nicht die Haut, sondern das Lymphsystem für Röntgenstrahlen am empfindlichsten sein; hierauf basieren therapeutische Versuche bei Leukämie. Was die Wirkung auf den Gesamtorganismus anlangt, so sind ebenfalls Versuche angestellt worden. Kleine Tiere gehen bei intensiver Bestrahlung unter cerebralen Erscheinungen zugrunde. Bestrahlungen der Tierhoden bewirken Atrophie mit konsekutiver Nekrospermie und Azoospermie. Über die Durchdringungsfähigkeit menschlicher Gewebe für Röntgenstrahlen sind von Perthes Berichte erschienen. Es hat sich gezeigt, dafs die Durchlässigkeit der Weichteile des menschlichen Körpers mit Ausnahme der Gewebe, die spezifisch leichter sind als Wasser (Lungen und Fettgewebe), der des Wassers aufserordentlich nahe kommt. Bei der Bestrahlung des Körpers sinkt die Intensität der Röntgenstrahlen von der Körperoberfläche nach dem Körperinnern rasch ab.

Einige Neuheiten sind auch in der Instrumententechnik zu verzeichnen. So das Vaginalspekulum für Röntgenbestrahlung der Scheide und des Uterus. Ferner ein Durchleuchtungstisch für Operationen im direkten Röntgenlicht usw.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Einige Fälle von Hautkrankheiten, geheilt durch X-Strahlen, von Dubot. (*Policlinique centrale.* 1904. S. 244.) D. hat bei einem drei Monate alten Ekzem der Hand, das bisher jeder Behandlung mit Medikamenten widerstanden und zu einer beträchtlichen Verdickung und Infiltration des Corium geführt hatte, durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen einen sehr schönen Erfolg erzielt: nach acht Sitzungen von je $2^1/_2$ Minuten Dauer bei 20 cm Röhrenabstand war der Handrücken, der nicht direkt bestrahlt worden war, ganz geheilt, während am Handteller nur noch eine leichte Hyperämie bestand. Im Anschlufs an die Mitteilung dieser Beobachtung berichtet D. kurz über die Erfahrungen, die andere Autoren, insbesondere Lassar, Hahn, Schönberg, Scholtz, Pusey usw. mit der Röntgenbehandlung des Ekzems gemacht haben, und erwähnt dann noch, dafs er die Radiotherapie auch in einem Falle von Herpes tonsurans und bei einem ulcerierten Primäraffekt zur Anwendung gebracht hat; der Herpes ist vollständig geheilt, die Sklerose war nach dreimaliger Bestrahlung von je drei Minuten Dauer bis auf eine minimale Ulceration im Zentrum vernarbt.

Götz-München.

Über die Behandlung des Hautcarcioms mit Röntgenstrahlen, von Jean Gotthold. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Weitere Beiträge zur Verwendung des Radiumbromids in der Therapie der Hautkrankheiten, von Kurt Strassmann. (Inaug.-Dissert. Breslau 1904.) Die Tatsache, dafs, wie nach Röntgen- auch bei Radiumbehandlung pathologische Gewebe eher und intensiver reagieren als normale Haut, fand auch durch die folgenden Beobachtungen des Verfassers Bestätigung.

Lichen ruber planus (vier Fälle.) Zwei Fälle von disseminiertem Ruber planus, lokalisiert am Abdomen und an den Beugeseiten der Extremitäten. Typische Knötchen, dicht aggregiert stehend. Zur Bestrahlung kamen 12 Stellen. Nach drei Sitzungen von je fünf Minuten in eintägigen Intervallen trat am sechsten Tage nach dem Beginn der Behandlung eine akute entzündliche Rötung der Knötchen und deren direkter Umgebung ein. Diese Rötung bestand durch zwei Wochen. Nach 14 Tagen blafste die entzündliche Rötung ab, ohne dafs die Effloreszenzen selbst irgendwelche Beeinflussung zeigten. Dieselben Herde wurden in der dritten Woche nach der ersten Bestrahlung nochmals einer gleichen Bestrahlungsperiode unterworfen. Der Verlauf

und der Effekt waren der gleiche. In der sechsten Woche nach dem Behandlungsbeginn wurde zum drittenmal in gleicher Weise bestrahlt. Hier trat eine leichte und dauernde Abflachung der bestrahlten Knötchen ein. — Zwei Fälle von Lichen ruber verrucosus am Unterschenkel. Die verrukösen Stellen (sechs Herde) wurden derselben Bestrahlung wie oben unterworfen. Es traten dieselben Reaktionserscheinungen erst nach dem dritten Behandlungsturnus auf; gleichzeitig mit dem Abblassen der Reaktion entstand eine matte weifsgraue Verfärbung der Effloreszenzen und ein leichtes Abflachen derselben. Der papilläre Charakter verschwand, während die Knötchen selbst bestehen blieben. — Lupus erythematodes. Es gelang niemals ohne Erosion und subcutane Narbenbildung die Gefäfsektasien zum Verschwinden zu bringen. — Gefäfsektasien auf Röntgennarben. Vier Fälle von Lupus vulgaris. Fünftägige Bestrahlung jedes einzelnen Herdes zu je fünf Minuten zeitigte keine Reaktionen. Ebensowenig Sitzungen bis zu 10 und 15 Minuten. Nach fünfmal 20 Minuten oberflächliche Erosion. Nach vier Wochen Epithelisierung, ohne dafs die Gefäfsektasien verschwanden. — Naevi vasculosi. Über die erfolgreiche Behandlung dieser Affektion liegen von Holzknecht bereits Mitteilungen vor. Verfasser verfügt über 12 Fälle, von denen sich bei acht eine augenscheinliche Besserung bezw. Heilung konstatieren liefs. Am zweckmäfsigsten erwies sich der Behandlungsmodus von viermal fünf Minuten mit zweitägigen Intervallen. — Naevi pigmentosi. Bei einem neugeborenen Kinde wurden vier etwa fünfpfenniggrofse Naevi pigmentosi pilosi bestrahlt. Der Fall ist um so bemerkenswerter, als die Abheilung zugleich mit einer Beeinflussung der Hypertrichosis einhergeht. Mit gleich gutem Erfolg wurde bei einem 19jährigen Mädchen ein Leberfleck am Augenwinkel und am Lidrand behandelt. Zur Vermeidung der hierbei stets auftretenden Konjunktivitis wurde der Lidrand durch Heftpflaster abgezogen und an der Wange fixiert. Viermalige Dosierungen von fünf Minuten mit zweitägigen Pausen führten nach 12 Tagen zu einer entzündlichen Röte, mit deren Abblassung am Ende der dritten Woche auch der Naevus abheilte, ohne dafs es zu einer Erosion und Narbenbildung gekommen wäre. — Acne rosacea. Auch hierüber liegen bereits Mitteilungen mit erfolgreicher Behandlung vor. Tägliche Dosierungen von viermal zehn Minuten. Abheilung nach vier Wochen mit einer kaum erkennbaren subcutanen Narbe. — Psoriasis. Hierbei wurde das Radium auch von anderer Seite (Török und Schein, Goldberg und London, Macintyre, Walkoff, Scholtz) therapeutisch verwertet. Verfasser verfügt über 21 Krankheitsfälle verschiedenen Alters und Geschlechts, die zum ersten oder auch wiederholten Male von der Schuppenflechte befallen waren. Oberflächliche, wenig infiltrierte Herde wurden einer einmaligen Bestrahlung von drei Minuten unterworfen. Am vierten bis fünften Tage traten die durch das Radium ausgelösten, von der Psoriasis-Hyperämie gut unterscheidbaren entzündlichen Reaktionserscheinungen auf. Nach sieben Tagen ging die Reaktion zurück, und gleichzeitig liefs die Schuppung nach. Gegen Ende der zweiten Woche verschwanden die Psoriaris-Effloreszenzen. Bei den leichteren Formen kam es verschiedene Male bei besonders zarter Haut nach einmaliger Sitzung von drei Minuten nach sieben Tagen zur Blasenbildung, mit deren Abheilung gegen Ende der zweiten Woche auch der Psoriasisherd verschwunden war. Dieselbe Erscheinung bot sich stets bei einer einmaligen Bestrahlung von zehn Minuten. Bei dieser Behandlung trat wiederholt sehr rasch ein Rezidiv auf, das eine nochmalige gleiche Behandlung erforderte, die dann zu einer definitiven Abheilung führte. Bei derb infiltrierten Psoriasisformen führte eine einmalige Sitzung von zehn Minuten am fünften Tage nach auftretender entzündlicher Reaktion zu einem Aufhören der Schuppung. Da nach acht Tagen die Schuppung sich wieder einstellte, wurde der gleiche Bestrahlungsmodus wiederholt. Auch nach dieser zweiten Bestrahlung kam

es nicht zur definitiven Abheilung. Dieselbe wurde erst nach einer dritten gleichartigen Behandlung erreicht. — Ein ausführlich beschriebener Fall von Psoriasis heilte ab; sechs Wochen später bildeten sich an den bestrahlten Stellen leukodermähnliche, zarte, weiße Narben. — Bezüglich des Carcinoms kann Verfasser die von Becquerel, Curie, Danysz, Bohn, Apolant und Exner gemachten Erfahrungen bestätigen und vervollständigen. Er verfügt über 19 Fälle. In der Mehrzahl handelte es sich um pfennigstück- bis talergroße Cancroide am inneren und äußeren Augenwinkel, Orbitalrand, Nase, Zunge und Lippen. Es wurden bei allen Tumoren vier- bis fünftägige Sitzungen von 10—20 Minuten angewendet. Fünf Tage nach der ersten Bestrahlung trat die entzündliche Reaktion auf; nach 10—12 Tagen war sie auf der Höhe angelangt. In der Zwischenzeit schmolz der Tumor und vor allem dessen wallartiger Rand zusehends ein. Am 14. Tage war die Reaktion zumeist abgelaufen, und das nunmehr gereinigte und weiche restierende Ulcus epithelisierte sich schnell. — Lupus vulgaris. Seit der Halkinschen Mitteilung ist besonders im letzten Jahre der Lupus vielfach erfolgreich mit Radium behandelt worden. (Dantes und Bloch, Macintyre, Delsaux, Davidson, Caspari, Holzknecht, Danlos, Török und Schein, Hyde und Ormsby, Hallopeau und Gadaud.) Verfasser hatte mit einer sehr großen Schonung der Gewebe schon dieselben guten Resultate zu verzeichnen, die andere Forscher erst nach Auftreten von Ulcerationen beobachteten. Die langen Applikationszeiten bis zu 120 Stunden, wie sie von französischen und anderen Radiotherapeuten vorgeschlagen werden, eignen sich nach der Erfahrung des Verfassers wenigstens nicht für die Behandlung des Lupus vulgaris. Die durch die langen Expositionen erzeugten Ulcera brauchen zu ihrer Heilung fast ebensolange Zeit wie die durch das Röntgen hervorgerufenen. — Verrucae durae. Auch diese Affektion wurde bei drei Patienten erfolgreich mit Radium behandelt, wobei zehn Warzen an den Händen zum Verschwinden gebracht wurden. — Sycosis vulgaris. Diese Affektion konnte auch durch Radium nicht nachhaltig beeinflußt werden. — Trichophytie. Zwei Fälle, lokalisiert am Halse und an der Streckseite des rechten Unterarmes blieben ungebessert. — Favus. Behandelt wurde nur ein Fall mit Lokalisation am Kopf in fünftägigen Sitzungen zu zehn Minuten, die vollständig ergebnislos verliefen. Die Kopfhaut selbst reagierte nicht. Von weiteren therapeutischen Maßnahmen nach dieser Richtung hin wurde Abstand genommen, da die zu gleicher Zeit gemachten bakteriologischen Untersuchungen bewiesen, daß die Erreger dieser Affektion erst in drei Tagen abgetötet werden, also zu einer Zeit, wo eine erfolgreiche Behandlung zugleich mit einer schweren Alteration der Gewebe verknüpft sein müßte.

Neben diesen klinischen und therapeutischen Befunden wurden zu gleicher Zeit auch mikroskopische Untersuchungen an normaler wie an kranker Haut angestellt; Verfasser stellt deren Veröffentlichung gemeinsam mit den Ergebnissen über die bakterizide Wirkung des Radiums in Aussicht. *Fritz Loeb-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 6. 15. September 1905.

Aus dem Institute der vergleichenden Anatomie (Prof. Dr. Hoyer jun.) in Krakau.

Spirochaete pallida SCHAUDINN in syphilitischen Erscheinungen.

Von

Dr. Fr. Krzysztalowicz, Privatdozent der Dermatologie in Krakau.

und

Dr. M. Siedlecki, Professor der Biologie der Jager-Universität in Krakau.

(Mit einer Abbildung im Text.)

In dem zweiten Hefte dieses Jahres der „Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte“ in Berlin erschien die Arbeit von F. Schaudinn und E. Hoffmann, in welcher die Autoren bekannt geben, dafs sie in den syphilitischen Affektionen eine Art Spirochaete gefunden haben. In sieben Fällen von sekundärer Syphilis (spätestens in sechs Monaten nach der Infektion) haben sie diese Spirochaeten in dem aus den exzidierten Papeln stammenden Gewebssafte in breiten Kondylomen sowie auch im Sekrete von exstirpierten spezifischen Drüsen gefunden. Die in diesen Geweben gefundenen Spirochaeten hat Schaudinn Spirochaete pallida genannt, auf Grund dessen, dafs sie sich in ungefärbten Präparaten als äufserst zart und schwach lichtbrechend und durch die bekannten Färbemethoden nicht genug tingibel erwiesen haben. Zur Färbung haben die Autoren Giemsasche Azur-Eosinfärbung gebraucht, aber um diese Spirochaeten wahrnehmbar darstellen zu können, mufs man die Präparate 16 bis 24 Stunden färben.

Schon in frischen, ungefärbten Präparaten aus dem Gewebssafte einer Papel oder einer Drüse haben sie sehr zarte, schwach lichtbrechende und lebhaft bewegliche, korkzieherartig geschlängelte Gebilde beobachtet. Die Art der Färbung, welche viel schwächer gelinge als bei anderen Spirochaeten (sp. Obermeyeri, Ziemanni, auserina, buccalis), hat dargetan, dafs diese Spirochaeten viel kleiner sind, als die bis jetzt bekannten, und zwar weil ihre Länge zwischen 4—10 μ schwankt und die Breite höchstens $^1/_2$ μ erreicht. Die Zahl der Windungen beläuft sich auf 3 bis 12. Die Art der Bewegung im Leben ist dreierlei: Rotation um die Längsachse, Vor- und Rückwärtsgleiten und Beugebewegungen des ganzen

Körpers. Die Untersuchungen über den feineren Bau des Körpers sind bis jetzt noch nicht abgeschlossen.

In anderen komplizierten Fällen (5) (Balanitis, Ulcus molle, spitze Kondylome) von Syphilis, welche schon länger dauerte und behandelt wurde, haben die Autoren neben zarten Spirochaeten eine andere Gattung dargestellt. Die letzteren zeichneten sich dadurch aus, dafs sie viel mehr lichtbrechend und gröfser waren, meist weite, flache Windungen besafsen und mit den bekannten Färbemethoden für Spirochaeten (Gentianaviolett, Karbolfuchsin, Romanowsky - Färbung usw.) leicht dargestellt werden konnten. Deshalb hat Schaudinn diese zweite sich dunkel färbende Gattung Spirochaete refringeus genannt. Es soll dabei betont werden, dafs diese sich dunkel färbende Spirochaeten nur in dem Safte aus dem Primäraffekte oder breiten Kondylomen beobachtet wurden, indem man diese in der Drüse nicht getroffen hat.

Bei den nichtsyphilitischen Erkrankungen hat man im Scheidensekret, im weichen Schanker und bei einfacher Balanitis die Spirochaete pallida nicht nachweisen können, — aber man hat in den Ausstrichen von spitzen Kondylomen äufserst zahlreiche Spirochaeten der dunkel färbbaren Form gefunden.

Auf Grund der erwähnten Untersuchungen konnten die Autoren „die Tatsache feststellen, dafs nicht nur an der Oberfläche syphilitischer Papeln und Primäraffekte, sondern auch in der Tiefe des Gewebes und in indolenten Leistendrüsen bei klinisch unverkennbarer Syphilis echte Spirochaeten in frischen und gefärbten Präparaten nachweisbar gewesen sind". Sie sprachen aber nichts Bestimmtes über die Spezifität der Spirochaete pallida, wie auch über den Zusammenhang zwischen der Spirochaete pallida und Spirochaete refringens aus.

In einer zweiten Arbeit bestätigen die Autoren das Vorkommen der Spirochaete pallida in syphilitischen Geweben, insbesondere aber in dem aus den geschwollenen indolenten Inguinaldrüsen gewonnenen Safte.

Kurz nach dem Erscheinen der letzten Arbeit veröffentlichen Buschke und Fischer, dafs sie ähnliche Spirochaeten im Gewebssafte aus der Milz, Leber und Lymphdrüsen eines hereditär-luetischen Kindes nachgewiesen haben.

Auf Grund dieser evidenten Resultate oben erwähnter Forscher haben wir uns die Aufgabe gestellt, alle bis nun in dieser Hinsicht publizierten Ergebnisse nachzuprüfen und gewissenhaft zu durchforschen, und zwar an dem Materiale der hiesigen dermatologischen Klinik und Abteilung, welches wir dem Herrn Prof. W. Reiss und Prim. Dr. Borzecki zu verdanken haben. Auch der gütigen Hilfe seitens des klinischen Assistenten Herrn Dr. Stopczanski in der Gruppierung des nötigen Materials sei hier bestens gedacht.

Ehe wir zur Beschreibung unserer Untersuchungen kommen, ist es der Mühe wert, die bis jetzt in dieser Richtung veröffentlichten Entdeckungen in Erinnerung zu bringen. Die Syphilis hat solche typische Merkmale einer infektiösen Krankheit, dafs man schon seit ältesten Zeiten, in welchen die Bakteriologie als Wissenschaft noch gar nicht bestand, ein lebendiges Virus, als ätiologisches Moment der Krankheit vermuten mufste. Schon im 16. Jahrhundert betrachten einige Autoren (KIRCHERIUS, DAVID ABERCROMBY) das Kontagium animatum als Ursache der Syphilis, DEIDIER spricht später (1723) über „Animalcula numerosa", indem er natürlich keine Idee hatte, ob dies Mikrobien oder tierische Parasiten sein sollten. Alle Bemühungen nach der Entdeckung des syphilitischen Giftes könnte man in zwei Gruppen teilen: Die einen finden Mikrobien verschiedener Art, die anderen im Blut und Gewebe Gebilde von unbekannter Natur.

Schon im Jahre 1881 beobachtet AUFRECHT in breiten Kondylomen eine Art Kokken, später sehen ähnliche in verschiedenen Syphilisaffektionen MARTINEAU und HAMONIC, BIRCH-HIRSCHFELD und BARDUZZI. Aber erst die LUSTGARTENschen Bazillen (1885) haben die breiteren Kreise zu einer Kritik bewogen. Eigentlich nur MATTERSTOCK und MARKUSE glauben an die Spezifität dieser Bazillen — DOUTRELEPONT und SCHÜTZ weisen in syphilitischen Effloreszenzen ähnliche nach —, die meisten Autoren aber negieren mit mehr oder weniger Nachdruck, dafs sie mit der Ätiologie der Syphilis etwas zu tun haben. ALVAREZ und TAVEL beweisen, dafs LUSTGARTEN die Smegmabazillen für spezifische für Syphilis hielt — gegen Spezifität sprechen sich auch BIENSTOCK, FORDICE, SMIRNOW aus —, und KLEMPERER bemerkt, dafs er im syphilitischen Gewebe niemals die LUSTGARTENschen Bazillen, in den Sekreten aber sehr oft die Smegmabazillen gefunden hat. In ähnlicher Weise schreibt auch ZEISSL, welcher unter neun histologisch untersuchten Fällen von Syphilis nur in zwei die den LUSTGARTENschen ähnliche Bazillen nachgewiesen hat. SABOURAUD hat 51 Stücke von syphilitischen Hautaffektionen mit negativem Erfolge untersucht.

Seit der Arbeit LUSTGARTENS erscheinen fast jedes Jahr Veröffentlichungen über neue für spezifisch betrachtete Mikrobien. Die einen finden Bazillen — wie DISSE und TAGUCHI, EVE und LINGARD, MARSCHALKO, DE LISLE und JULLIEN —, die anderen Kokken verschiedener Art, wie MARKUS, ANTROMICO, FERRARI, KASSOWITZ und HOCHSINGER, LEVI. Diese Arbeiten haben aber gröfstenteils nicht viel Interesse hervorgerufen. Nur die von KASSOWITZ und HOCHSINGER bei der hereditären Syphilis gefundenen Streptokokken betrachten CHOTZEN und KOLISKO als gewöhnliche Streptokokken, welche aus diesen Affektionen sehr oft kultiviert werden können.

Am zahlreichsten sind in den letzten Zeiten die Arbeiten von NIESSEN, welcher die medizinische Welt überzeugen will, daſs alle von ihm in syphilitischen Manifestationen nachgewiesenen Mikrobien für Lues spezifisch sein sollen. Die Kritik seitens WAELSCH und anderer Autoren wies jedoch bald nach, daſs auch diese Lehre das Schicksal der vermeintlich positiven Errungenschaften früherer Autoren teilen müsse.

Daneben erscheinen andere Arbeiten: KREMER untersucht gleichzeitig Syphilisfälle, Hautkrebse und Sarkome und findet für diese Krankheiten besondere Schimmelpilze, welche voneinander verschieden sind. SCHÜLLER veröffentlicht seit dem Jahre 1900 eine Reihe von Arbeiten, in welchen er in syphilitischen Knochen und Gelenksaffektionen bei hereditär-syphilitischen Kindern protozoenähnliche Parasiten und ihre Entwicklungsstadien beschreibt.

Endlich in letzter Zeit (1902) erklären JOSEPH und PIÓRKOWSKI, aus dem Sperma Syphilitischer gezüchtete Bazillen für spezifische. Diese Entdeckung, welche sehr wenig Wahrscheinlichkeit hatte, wurde vielerseits stark angegriffen, besonders aber von DELBANCO, welcher diese Mikrobien für pseudodiphtheritische Bazillen hält. Dasselbe behauptet PFEIFFER, welcher mit STERNBERG diesen Bakterien jedwede pathogenetische Bedeutung abspricht, da man mit den Impfungen auf Menschen mit den von JOSEPH erhaltenen Kulturen durchaus keine Veränderungen, geschweige denn positive Resultate erreicht hat. PAULSEN (1901) hat noch vor JOSEPH säurefeste Bazillen aus dem Blute Syphilitischer gezüchtet und behauptet, daſs seine Bakterien mit denen von NIESSEN, WAELSCH und JOSEPH identisch und wahrscheinlich für Syphilis spezifisch sind.[1]

Mehr Interesse bilden Befunde in syphilitischen Prozessen, diejenigen Gebilde betreffend, welche zu den Mikrobien nicht gezählt werden können. Vor allem hat schon im Jahre 1878 LOSTORFER eine Mitteilung gemacht, daſs er im Blute Syphilitischer glänzende Körperchen gefunden hat, welche seiner Meinung nach ein diagnostisches Merkmal abgeben können. In späteren Jahren hat niemand die LOSTORFERschen Befunde weiter besprochen, erst im Jahre 1897 hat WINKLER in syphilitischen Produkten und in Schnitten von Initialsklerose sowie Kondylomen und Lymphdrüsen mit besonderer Färbung eigentümliche kugelige Gebilde nachgewiesen, die

---

[1] Bei den histologischen Untersuchungen von syphilitischen Erkrankungen, über welche ich im Jahre 1901 in *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. XXXIII., veröffentlicht habe, gelang mir niemals, im syphilitischen Gewebe solche Mikroben zu finden, die ich für spezifisch betrachten könnte, — obwohl ich zur Färbung verschiedene für diese Mikrobien angegebenen Methoden gebraucht habe. Es ist mir bereits mehrmals gelungen, aus dem Blute Syphilitischer auf dem Blutnährboden die den JOSEPHschen ähnliche Bazillen zu züchten; ich habe jedoch dieselben als identisch mit Pseudodiphtherie angesehen. KRZYSZTALOWICZ.

etwa ein Drittel der Gröfse eines weifsen Blutkörperchens betrugen. Die kugelige Form und die fehlende Körnung unterscheidet diese Gebilde von den Gewebszellen. W. will aber nicht diesen Gebilden eine spezifische Bedeutung zusprechen.

Mehr Wert scheint die Entdeckung Kuznitzkys zu haben, welcher neben Gebilden in den Leukocyten oder frei im aus der Sklerose aussickernden Serum, — auch zahlreiche Komma bis halbkreisförmige, wie Spirillen aussehende und an die Malaria-Plasmodien erinnernde Gebilde nachgewiesen hat. Kokken oder Bakterien fand Kuznitzky in keinem der Präparate.

Diese Entdeckungen wurden in verschiedener Weise gedeutet. Loeb betrachtet die Winklerschen und Kuznitzkyschen Körperchen für artifizielle, weil er ähnliche Gebilde in weifsen und roten Blutkörperchen und im Serum nicht nur Syphilitischer, sondern auch bei Ulcus molle, Blennorrhoea und Bubonen beobachtet hat. Neudörfer verteidigt anderseits die Entdeckung Lostorfers, indem er behauptet, dafs er diese Körperchen in 125 Fällen von Syphilis in einigen Wochen nach der Infektion im Blute zur Darstellung brachte. Die Zahl dieser Gebilde verminderte sich während der Quecksilberbehandlung. Vörner behauptet dagegen, dafs er ähnliche Körperchen wirklich im Blute Syphilitischer gesehen hat, aber nur im Falle einer gleichzeitigen Anämie und bei der letzten auch bei den Nichtsyphilitischen.

Endlich mufs man die Untersuchungen Siegels erwähnen, welcher bei Pocken, Scharlach, Maul- und Klauenseuche, sowie bei Syphilis charakteristische Parasiten beschrieben hat. Bei Syphilis hat er dieselben im Blute, Organsafte, Initialsklerosen, Papeln von Menschen und Affen gefunden; ihre Gröfse beträgt $^1/_2$—1 μ und ihre Gestalt ist meistens birnenförmig, zuweilen aber hat er auch kleinere mit Geifseln versehene Gebilde gesehen. Diese Protozoe nannte Siegel Cystorhyctes luis und Schultze erinnert schon nach der Veröffentlichung der Schaudinnschen Arbeit an diese sehr interessante Beobachtung.

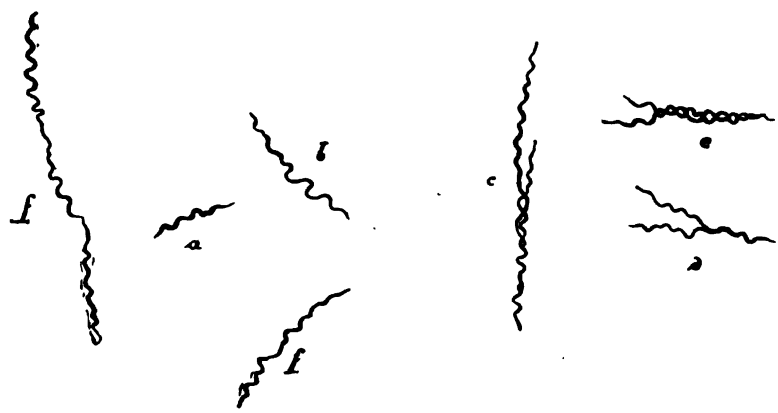
Es läfst sich gegenwärtig nicht bestimmen, was für Gebilde diese Autoren gesehen haben, — man hat aber den Beweis, dafs man schon vor einigen Jahren bei Syphilitischen verschiedene suspekte Gebilde beobachtet hat, über welche man sehr wenig oder aber nur mit Mifstrauen geschrieben hat.

Unsere Untersuchungen haben wir bei Fällen frischer, kurzdauernder Syphilis unternommen. Eine vergröfserte inguinale Lymphdrüse hat man bei einem Manne kurz vor dem Ausbruche des Exanthems exstirpiert, die breiten Kondylome und trockene Papeln entstammten insgesamt der rezenten Syphilisperiode.

Das erstemal haben wir im Gewebssafte einer exstirpierten Drüse

in ungefärbten Präparaten einige zarte Gebilde wahrgenommen. Dieselben waren sehr klein, aber sehr beweglich, und obwohl sie sich anfangs in einer ovalen Gestalt unserem Auge darstellten, hat man bei längerer Beobachtung bemerkt, dafs dieses Gebilde an beiden Enden sich verlängert hat, als ob es aus seinem Körper Fortsätze in einer Linie aussandte. Seine fortwährende rasche Bewegung war verschieden: das Körperchen hat sich in der Längsachse vorwärts und rückwärts verschoben; man konnte aber auch eine Rotationsbewegung in derselben Linie sehen. Aufserdem kommt dem Körperchen auch eine fortschreitende Bewegung zu, so dafs es sich mitten in einem und demselben Gesichtsfelde nicht zu lange fixieren läfst.

Indem wir den mittels Platinspatel aus den gereinigten Kondylompapeln herausgenommenen Gewebssaft gefärbt haben, haben wir in geronnener Flüssigkeit neben den Leukocyten, roten Blutkörperchen und



Gewebszellen die ziemlich deutlich gefärbten Spirochaeten wahrgenommen, welche sich mit verschiedener Gröfse und Lagerung auszeichneten. Die einen waren sehr kurz mit drei bis vier Windungen, die anderen viel gröfser, weil mit zahlreichen (bis 14) Windungen versehen. Die einen lagen in gerader Linie, die anderen gekrümmt oder kreisförmig. (Fig. a, b, c.) An einigen Stellen vermochte man sie auch vereinzelt zwischen den Zellen liegen zu sehen, an anderen zu zwei und mehreren frei oder auch auf den roten Blutkörperchen. Zweimal haben wir sie in Leukocyten bemerkt, und an einer Stelle sogar waren die Spirochaeten wie im Knäuel gelagert zu sehen.

Aufser den oben erwähnten Formen haben wir Spirochaeten auch gesehen, welche gröbere Umrisse an einem Ende besafsen und an dem anderen gespalten waren (Fig. d). Diese Form könnte wohl als ein

Stadium der Längenteilung gedeutet werden, welche an einem Ende des Spirochaetenkörpers bereits zustande kommt. Die geteilten Individuen können sich mit ihren Windungen aneinander flechten (Fig. e), oder auch nachdem sie sich bis zum anderen Ende geteilt haben, können dieselben eine Drehung um 180° erfahren, um sich später, ohne ihre gegenseitige Kontinuität zu verlieren, in einer Linie zu ordnen (Fig. f). Diese Bilder erinnern wohl an die Teilung, welche SCHAUDINN bei der Gattung Spirochaete Ziemanni beschrieben hat. Und es ist ja bekannt, dafs SCHAUDINN die Spirochaete als ein Entwicklungsstadium des Trypanosomas betrachtet. Wenn die späteren Untersuchungen die Wahrscheinlichkeit des Entwicklungscyklus von Spirochaete Ziemanni, wie das SCHAUDINN angegeben hat, bestätigen, so dürfte wohl auch dann der Schlufs gezogen werden, dafs die Gattung „Spirochaete pallida" auch nur als eine Entwicklungsphase anderer Gebilde zu betrachten wäre.

Wir haben wohl in unseren Präparaten solche Gebilde gefunden, welche mit denen HOFFMANNS (seine letzte Arbeit) vielfach korrespondieren. Diese Gebilde haben einen deutlichen Kern und ein sich different färbendes Cystoplasma (GIEMSA oder MARINO); ihre Gestalt ist rundlich, oval oder mehr vieleckig. Diese Gestalt und die sichtbaren Teilungsformen in zwei oder drei Individuen gestatten einen fast sicheren Schlufs, dafs diese Gebilde nicht dem menschlichen Gewebe angehören. Vorderhand läfst sich gewifs nicht mit Sicherheit entscheiden, zu welchen Gebilden man die erwähnten Körperchen zuzählen soll, — sie könnten aber vielleicht als differente Parasiten oder aber auch als Entwicklungsphasen der Gattung Spirochaete aufgefafst werden.

In sehr verschiedener Form und in sehr grofser Menge haben wir die Spirochaeten im Gewebssafte von breiten Kondylomen gesehen, — in etwas kleinerer, jedoch auch ganz ausgiebiger Zahl beobachteten wir dieselben im Gewebssafte von trockenen Papeln, viel weniger dagegen, und nicht selten sehr unzählig im Safte aus der Drüse und Initialsklerose. Ein, unserer Meinung nach, sehr wichtiger Umstand mufs hier besonders betont werden. Es ist dies nämlich das Verhältnis der Menge und Frequenz der vorgefundenen Spirochaeten zu der Höhe bezw. der Tiefe der Schnittfläche, von der der zu untersuchende Gewebssaft entnommen wird. Die Menge der Gebilde erfährt nämlich eine Zunahme, je tiefer man von einer abgestützten Papel das Sekret untersucht. Während man von der Oberfläche einer Effloreszenz nur ganz seltene Exemplare zu Gesichte bekommt, hat man die Gelegenheit, durchaus grofse Zahlen von einer ganz tief abgeschnittenen Fläche wahrzunehmen.

Was die Färbung anbelangt, so müssen wir bemerken, dafs wir die gefärbten Spirochaeten zum erstenmal in den im absoluten Alkohol fixierten und durch LEVADITIS Methode gefärbten Präparaten wahrgenommen haben.

Diese Methode kann ganz gute Dienste leisten, denn die Spirochaeten erscheinen deutlich genug in blau-grauer Farbe und die Färbung (Vesuvin-Pol. Methylenblau UNNA) dauert nur einige Minuten. Die besten Bilder erhielten wir mit der GIEMSAschen Methode (modifiziert nach SCHAUDINN), jedoch bekommt man sehr ähnliche Bilder auch mit der Methode von MARINO, welche nicht solange Zeit in Anspruch nimmt wie die GIEMSAsche, welche nur einige Minuten zur Färbung braucht. Diese zwei kürzeren Methoden (LEVADITI und MARINO) können aber sehr bequem zur Konstatierung der Anwesenheit der Spirochaeten benutzt werden.

Zur Zeit unserer Untersuchungen sind viele Veröffentlichungen erschienen, welche die Anwesenheit von Spirochaete pallida in verschiedenen syphilitischen Affektionen bestätigt haben. Die gröfste Bedeutung hat die Bestätigung von METCHNIKOFF und ROUX, welche diese Parasiten in primären und sekundären Syphiliserscheinungen bei den mit Syphilis geimpften Affen gefunden haben. Sie haben auch konstatiert, dafs die aus verschiedenen Hautveränderungen, wie Scabies, Akne, Psoriasis, durch Abkratzen gewonnene Gewebsmasse niemals die Spirochaeten enthielt. Zur Färbung haben sich die Autoren sowohl der Methode GIEMSAS, wie auch der von MARINO bedient, und diese beide Methoden haben nach ihrem Gutachten gute Dienste geleistet; — die zweite färbt jedoch nicht viel schneller.

Fast gleichzeitig mit den letzten haben auch folgende Autoren die Spirochaeten gefunden: LEVADITI bei zwei Kindern mit hereditärer Syphilis, in einem Falle im Inhalte von Pemphigusblasen, bei dem anderen in Milz und Leber — und SALMON, welcher dieselben in dem aus dem Boden einer syphilitischen Pemphigusblase abgekratzten Gewebsmasse vorgefunden hat. Später haben noch in verschiedenen Syphiliseruptionen die Anwesenheit von Spirochaeten folgende Autoren bestätigt: PASCHEN, FRÄNKEL, LÖWENTHAL und WECHSELMANN, OPPENHEIM, EHRMANN, PALTAUF, JACQUET und LEVIN, REITMANN, KRAUS und WERNEY. — HERXHEIMER und HÜBNER haben in einem Falle von Initialsklerose in histologischen Präparaten zwei Exemplare der Spirochaete unter der ulcerierten Oberfläche gesehen. Zur Färbung dieser Gebilde haben die Autoren die Lösungen von Nilblau BB oder Capriblau (24 Stunden) in Anwendung gezogen und sind mit der Färbung ganz zufrieden gewesen. Endlich beschreiben auch KIOLOMENEGLOU und CUBE, dafs sie Spirochaeten nicht nur in syphilitischen Affektionen, aber auch bei Balanitis, Gonorrhoea, spitzen Kondylomen und in dem Zerfallsprodukte eines jauchigen Carcinoms gefunden haben.

Es ist wohl unmöglich, jetzt ganz sicher zu behaupten, dafs wir schon das solange gesuchte organisierte syphilitische Virus kennen, — man darf jedoch angesichts der Autorität SCHAUDINNS, des Entdeckers der Spirochaeten, und in Anbetracht dessen, dafs die Anwesenheit dieser in syphilitischen

Geweben von vielen Autoren bereits bestätigt wurde, sowie auch in Anbetracht der Tatsache, daſs man in den tieferen Schichten der Gewebe, wo sich also die eigentlichen syphilitischen Infiltrationen befinden (eigentliche Haut) die Spirochaeten in gröſserer Menge viel leichter findet als an der Oberfläche, die Vermutung aussprechen, daſs diese Behauptung viel Wahrscheinlichkeit besitzt. Für diese Tatsache, daſs die Spirochaeten wirklich eine ätiologische Bedeutung besitzen, scheint auch die Analogie zwischen Spirochaete pallida und Spirochaete Ziemanni zu sprechen. Wie wir bereits erwähnt haben, ist Spirochaete Ziemanni nur eine Entwicklungsform eines Tieres, welches zur Gattung „Trypanosoma" gehört. Und es ist auch ganz bestimmt bekannt, daſs eine Spezies von dieser Gattung, d. i. Trypanosoma equiperdum, bei Pferden eine der menschlichen Syphilis ähnliche Krankheit hervorzurufen imstande ist.

Erklärung der Abbildungen.

a, b, c, d, e, f: Verschiedene Form von Spirochaete pallida. (Ok. 12. Immersion apochromat. $\frac{2,00}{1,30}$. Zeiss.)

Literatur.

Schaudinn und Hoffmann, *Arbeiten a. d. kais. Gesundheitsamte.* 1905. 2.
— — *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. 18.
Schaudinn, *Arbeiten a. d. kais. Gesundheitsamte.* 1904. XX. 3.
Hoffmann, *Berl. klin. Wochenschr.* 1905. 28.
Buschke und Fischer, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. 20.
Lang, *Handbuch d. Syphilis.* 1896.
Unna, *Histopathologie.*
Aufrecht, *Centralbl. f. Med.* 1881. 13.
Martineau und Hamonic, *Gaz. méd. d. Paris.* 1882. 36.
Birch-Hirschfeld, *Centralbl. f. d. ges. Med.* 1882. 33.
Barduzzi, *Gaz. degli bopid.* 1884. 12.
Lustgarten, *Jahrb. d. Ärzte-Ges. in Wien.* 1885.
Matterstock, *Sitzungsber. d. Nürnb. med. Ges.* 1885.
Markuse, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1888. XV. 3.
Doutrelepont und Schütz, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1885. 19.
Doutrelepont, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1887. 1.
Alvarez und Tavel, *Arch. d. phys. norm. et pathol.* 1885. 7.
Birnstock, *Fortschr. d. Med.* 1886. 6.
Fordyce, Inaug.-Dissert. Berlin 1888.
Smirnow, *Wratsch.* 1888. 13.
Klemperer, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1885. 47.
Zeissl, *Wien. med. Presse.* 1885. 48.
Sabouraud, *Annal. d, l'Inst. Pasteur.* 1892. 3.
Disse und Taguchi, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1885. 48.
Marschalko, *Dtsch. med. Zig.* 1891.

DE LISLE und JULLIEN, *Giorn. ital. d. mal. vener. e d. pelle.* 1903. 3.
EVE und LINGARD, *The Lancet.* 1886.
MARCUS, *Annal. d. derm. et syph.* 1885.
ANDRONICO, *Giorn. ital. d. mal. vener. e d. pelle.* 1886.
FERRARI, *Giorn. ital. d. mal. vener. e d. pelle.* 1886.
KASSOWITZ und HOCHSINGER, *Münch. med. Wochenschr.* 1886. 23.
LEVI, *Giorn. ital. d. mal. vener. e d. pelle.* 1899. 3.
KOLISKO, *Münch. med. Wochenschr.* 1886. 24.
CHOTZEN, Dtsch. Kongr. Berlin 1886.
NIESSEN, *Wien. med. Wochenschr.* 1809. 11—18.
— *Beitr. z. Syphilisforschung 1900 u. folg. Jahrb.*
WAELSCH, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1904. 68.
KREMER, *Centralbl. f. Bakteriol.* 1896. 23.
SCHÜLLER, *Centralbl. f. Bakteriol.* 1900. 14. 15.
— *Dermat. Zeitschr.* 1903. X. 4 u. 1905. XII. 1.
JOSEPH und PIÓRKOWSKI, *Berl. klin. Wochenschr.* 1902. 12—14.
DELBANCO, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902.
PFEIFFER und STERNBERG, *Wien. Ärzte-Ges.* 1902.
PAULSEN, *Dermat. Zeitschr.* 1901. 2.
— *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. 36. 8.
LOSTORFER, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1878. IV. 1.
WINKLER, *Wien. klin. Wochenschr.* 1897. 17.
KUZNITZKY, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. 48. 1.
LOEB, *Dermat. Centralbl.* 1899. 11.
NEUDÖRFER, *St. Paul. med. Journ.* 1900.
VÖRNER, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. 50.
METCHNIKOFF und ROUX, *Bull. Acad. med.* 1905. 16. Mai.
LEVADITI, *C. R. Soc. Biol.* 1905. 58.
SALMON, *C. R. Soc. Biol.* 1905. 58.
PASCHEN-Hamburg, Ärzte-Ges. 1905. 2. Mai.
WECHSELMANN und LOEWENTHAL, *Med. Klinik.* 1905. 26.
FRÄNKEL, *Münch. med. Wochenschr.* 1905. 24.
HERXHEIMER und HÜBNER, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. 26.
KIOLEMENOGLOU und CUBE, *Münch. med. Wochenschr.* 1905. 27.
HERXHEIMER, *Med. Klinik.* 1905. 32.
KRAUS, VOLK, EHRMANN, PALTAUF, OPPENHEIM, Wien. Ärzte-Ges. 1905. 26. Mai.
JACQUET und LEVIN, *Soc. med. d. hôpit.* 1905. 19. Mai.
REITMANN, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. 25.
MC.WEENEY, *Brit. med. Journ.* 1905.
SIEGEL, J., *Drei Monographien d. königl. preuſs. Akad. d. Wiss.* 1905.
SCHULTZE, *Berl. klin. Wochenschr.* 1905. 12.
LAVERAU und MESNIL, *Trypanosomes et Trypanosomiases.* Paris 1904.

Aus der Praxis.

Euguform bei Hautkrankheiten.

Von

Dr. Dreuw-Hamburg.

Anläfslich der Untersuchung geeigneter Mittel zur Nachbehandlung des Lupus nach Vereisung und nachfolgender Anwendung von Chlorsalzsäure[1] habe ich neben Past. zinc. sulfur. namentlich eine Reihe von Streupulvern geprüft, unter anderm Europhen, Dermatol, Jodol, Zinkoxyd, Talcum venet., Airol, Zinksuperoxyd u. a. m. Ich bin schliefslich zu der Überzeugung gelangt, dafs das Euguform der chemischen Fabrik Güstrow das beste pulverförmige Mittel zur Nachbehandlung der mit Salzsäure behandelten Lupusstellen ist.

In erster Linie wegen seiner schmerzstillenden, austrocknenden und stark aufsaugenden Wirkung, sodann aber wegen seiner adstringierenden und antiseptischen Eigenschaften.

Diese Eigenschaften veranlafsten mich, es bei einer Reihe von Hautkrankheiten zu verwenden.

In der Dermatotherapie haben seit langer Zeit die Teerpräparate eine dominierende Stellung sich erobert; sie sind in manchen Fällen geradezu unentbehrlich geworden. Diese Stellung verdanken sie neben ihren reduzierenden, antiseptischen und keratoplastischen auch ihren juck- und schmerzstillenden Eigenschaften. Aber die Teerpräparate zeichnen sich meist durch ihren intensiven unangenehmen Geruch und durch ihre braune Farbe aus. Zu den vielfachen Versuchen, ein farb- und geruchloses Teerpräparat zu finden, gehören bis zu einem gewissen Grade auch die Bemühungen Spiegels, die zur Herstellung des Euguforms führten.

Euguform ist ein acetyliertes Kondensationsprodukt von Guajakol (dem wirksamen Bestandteil des Holzteerkreosots) und Formaldehyd. Dieser eigenartigen Verbindung verdankt es seine wertvollen Eigenschaften. Es ist ein fast geruchloses, hellgelbes Pulver. In Wasser, verdünnten Säuren und kohlensauren Alkalien ist es unlöslich, leicht löslich in Aceton. Eine solche Lösung (50%) nennt Joseph.

---

[1] Dreuw, Die Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt. *Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 47.

Euguformum solubile.

Seine Wirkung beruht darauf, dafs es durch die Körpersäfte zerlegt wird in Guajakol und Formaldehyd. Es ist entschieden weniger giftig als Jodoform. Guajakol zeichnet sich durch schmerz- und juckstillende Wirkung aus, ist jedoch bei äufserer Anwendung sowohl durch Resorption als durch direkte Schädigung der Haut, die sogar nekrotisch werden kann, so giftig, dafs die kaum schädliche Verbindung von Guajakol mit Formaldehyd zu Euguform entschieden als ein Fortschritt betrachtet werden kann.

Euguform wurde in Form eines Pulvers schon bei Lupus angewandt, und zwar hauptsächlich bei Lupus exulcerans (Vanicky, Lotheissen, Luxenhofer). Wenngleich ihm bei Lupus keine intensive, vor allem keine Tiefenwirkung zukommt, so übt es auf ulcerierende lupöse Flächen sicherlich eine günstige Wirkung aus. Die Sekretion und die Eiterung lassen nach, und man kann sich für die später einsetzende eigentliche Lupusbehandlung günstigere Verhältnisse schaffen. Da grofse Lupusflächen nach der Anschauung Unnas häufig von Ekzem begleitet sind, so wirken alle Antiekzematosa, besonders Past. zinc. sulfurata und auch Euguform wegen der geschilderten Eigenschaften in Form von Puder oder einer Salbe bezw. Paste vorbereitend für die eigentliche Lupusbehandlung, sei es dafs man Finsen oder Röntgen oder Radium, sei es dafs man grüne Salbe, Heifsluftbehandlung, Pyrogallussäure oder Acid. hydrochlor. crud. usw. anwendet.

Eine solche gegen Ekzem wirkende Paste ist die Euguformpaste nach der Zusammensetzung der Past. zinc. sulf. Unna:

℞	*Euguform*	4,0
	Zinc. oxyd.	6,0
	Terr. silic.	2,0
	Adip. benzoat.	28,0.

Mfpast. Ds.

Was nun die Anwendung des Euguforms zur Nachbehandlung des Lupus nach Vereisung + Salzsäureanwendung betrifft, so wird dasselbe als Pulver mit Hilfe eines Wattebausches dick auf die geätzte Fläche aufgetragen. Es verbindet sich dann leicht mit dem Serum der Ätzfläche zu einer pastenartigen Konsistenz, wobei eine Eigenschaft des Euguforms sehr willkommen ist, dafs es an der Unterlage festhaftet, die Schmerzen lindert und die Borkenbildung mehr wie ein anderes Mittel befördert.

Obige Euguformpaste habe ich mit Erfolg ferner bei Ekzema papulosum und bei den pruriginösen Formen des Ekzems angewendet, desgleichen als 5—10%ige Salbe.

Auch bei einigen Fällen von petaloidem Ekzem der Brust sah ich eine entschieden günstige Wirkung.

Bei Ulcus molle bewirkt es in relativ kurzer Zeit Reinigung des Geschwürs, die Schmerzen lassen rasch nach, und man beobachtet in den

meisten Fällen baldige Vernarbung. Gerade bei ulcerösen Prozessen halte ich Euguform als ein zweckentsprechendes Ersatzmittel des Jodoforms. Die besten Resultate sah ich bei Ulcus molle, wenn ich zuerst gründlich vereiste, dann über die Eisfläche mit Acid. hydrochl. crud. ätzte und Euguform als Pulver anwandte. Namentlich bei Ulcera mollia von gröfserem Umfange erreicht man auf diese Weise gute Resultate.

Bei Ulcus cruris zeigte sich in dieser Verwendung (Vereisung + Salzsäure + Euguform) selbst bei solchen Geschwüren, die kaum Tendenz zur Überhäutung hatten, wie schon JULIUSBERG berichtet, eine rasche Epithelisation.

Auch ohne vorhergegangene Ätzung in Verbindung mit dem UNNAschen Zinkleimverband wirkt Euguform bei Ulcus cruris energisch. Ich streute Euguform als Pulver auf das Ulcus, brachte darüber ein Stückchen Protektivsilk und legte dann in typischer Weise den Zinkleimverband an. In den späteren Stadien der Heilung bewährte sich Euguformpaste und -salbe (5—10%).

In einem Falle von Lupus erythematosus sah ich keinen Erfolg im Vergleich zu dem von UNNA empfohlenen Pyralosin, desgleichen bei Psoriasis, wenngleich eine Besserung zu konstatieren war.

Versammlungen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER.

Sitzung vom 27. Mai 1904.

PASCHKIS berichtet über seine Erfahrungen mit dem **Stanzverfahren nach KROMAYER**, das er zunächst bei der Epilation verwendete. Er kann es nur bei einzelnen gröfseren Haaren empfehlen, und selbst hier ist gegenüber der Elektrolyse der Nachteil gröfserer Schmerzhaftigkeit; auch die Blutung, die dabei unvermeidlich ist, stört sehr. Zudem kommt, dafs sie gewifs kein sicheres Verfahren darstellt und danach Haare nachwachsen.

Diskussion: NOBL stimmt mit seinen Erfahrungen dieser Beurteilung zu.

SPITZER bespricht die Resultate, die er beim Studium der **Spirochaetenuntersuchungen** nach SCHAUDINNS Angaben gewonnen. Die Färbung wurde mit der käuflichen GIEMSA-Lösung vorgenommen. Sechs Fälle von Sklerosen zeigten alle mehr oder minder reichlich positive Befunde der Spirochaete pallida, darunter eine fünf Monate nach der Infektion nach einer Kur von 16 Injektionen à 0,02 Hg succin. (Demonstration von mikroskopischen Präparaten). Auch sieben Fälle von papulösem Exanthem zeigten deutliche Spirochaeten, ebenso wie mehrere ulceröse Spätformen, von denen nur zwei Fälle negative Befunde ergaben.

Plaques an der Schleimhaut der Zunge, Lippen lieferten wegen Vorhandenseins anderer Bakterien und Spirochaeten undeutliche Präparate.

Bei nichtsyphilitischen Affektionen wurde die Spirochaete pallida nicht gefunden.

Diskussion: Lipschütz (Abteilung Prof. Ehrmann) beschreibt genau die von Schaudinn benannten Spirochaeten, die er im Sekret und Gewebssaft von Sklerosen, spärlich auch im Eiter eines pustulösen Syphilids gefunden.

Nobl fand in den meisten von 30 untersuchten Sklerosen Spirochaeten, und zwar mit gewöhnlicher Giemsa-Lösung, auch bei kürzerer Dauer der Färbung. Die Untersuchung von indolenten Drüsen war von acht Fällen in sieben negativ.

Volk (Abteilung Prof. Lang) sah in den verschiedenen Präparaten wechselnde Zahl von Spirochaeten, spärlichere in älteren Sklerosen. In venerischen Adenitiden waren die Befunde negativ.

Scherber (Klinik Finger) fand bei Balanitis, Vaginitis und Stomatitis Spirochaeten, die sich mit Azur II und Giemsa färbten und bisher nicht genau differenziert werden konnten.

Finger macht eine kurze Mitteilung über den **positiven Ausfall der Impfung eines Gumma** auf einen Affen, was ihn auch veranlasse, seine alte Auffassung über das Wesen und die Infektiosität des Gumma zu ändern. Die Impfung war vom Sekret sowohl als dem Gewebe des Gumma positiv.

Paschkis jun. demonstriert die histologischen Präparate einer **Abnormität der Urethra** bei einem vier Monate alten Embryo. Die Serienschnitte zeigen einen parallel zur Urethra verlaufenden, abgeschnürten, hohlen Zellzapfen, dessen Lumen mit Cylinderzellen bekleidet ist und blind endigt. Da die Littréschen Drüsen und Lacunen nicht soweit vorne liegen, kann es sich nicht um deren Divertikel, sondern nur um einen eigentlichen paraurethralen Gang handeln.

Diskussion: Grosz hat ein ähnliches Bild bei einer Knötchenbildung am Frenulum beschrieben.

Ehrmann demonstriert:

1. Einen Fall von **Lupus pernio** (Besnier), auch Chilblain-Lupus (Hutchinson) genannt, der sich bei einem Manne vor einem Jahre auf der Nase und dem Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand entwickelte. Die histologische Untersuchung der geschwulstartigen Knoten zeigte in alveolären Septen angeordnet Epitheloid- und Riesenzellentuberkel. Auf Röntgentherapie rascher Rückgang der Knoten. Die Stellung dieses Lupus pernio ist auch noch bei Jarisch unklar, er gehört aber wohl ins Gebiet der Tuberculides papulonecrotiques.

2. Einen ausgebreiteten **Lupus vulgaris** des Nasenrachenraumes, der erst sekundär von der Nase auf die äußere Haut übergriff.

3. Einen **Lupus erythematosus** an der linken Wange, der sich nach dreiwöchentlicher Behandlung mit Jothion rasch zurückbildete. Aber nach 14 Tagen kam eine neue akute Eruption nach.

Mraček zeigt einen ausgebreiteten **Lupus erythematosus**, flügelartig auf Nase und Wangen, disseminiert im Gesicht und auf den Handrücken.

Ehrmann stellt noch ein **Epitheliom** mit erweiterten Gefäßen vor, an denen man bei der bestehenden Aorteninsuffizienz des Patienten deutlich das Quinckesche Gefäßphänomen sieht.

Leiner zeigt ein kleines Kind mit zahlreichen, erbsen- bis hellergroßen, scharf wie mit dem Locheisen ausgehauenen **Ulcerationen am Hinterhaupte und dem Rücken**; daneben eitrige Bläschen, Gruppen von lichenartigen Knötchen und kleine Narben. Die bakteriologische Untersuchung ergab in den Pusteln und Geschwüren nur Staphylokokken. Es liegt also ein Erythema vor, hier auf Grundlage einer allgemeinen Tuberkulose.

Im Munde bestehen ausgebreitete, aus einer Stomatitis follicularis hervorgegangene Aphten.

O. Spitzer demonstriert einen 40jährigen Mann mit einem tiefen **tuberkulösen Geschwür am rechten Zungenrande**, der wegen Verdachtes auf Carcinom zur Operation ins Spital geschickt wurde. Man sieht aber daneben deutlich kleine Knötchen und aus diesen hervorgegangene Geschwürchen; auch besteht eine ausgebreitete Larynxtuberkulose.

Mračeк stellt ein **Xanthoma tuberosum** bei einem Diabetiker vor. An beiden Handrücken sind mehrere erbsen- bis haselnufsgrofse, rötliche, gelb durchscheinende Knoten zu sehen, die seit sieben bis acht Jahren bestehen und immer auf eine Karlsbader Kur prompt zurückgehen.

Nobl demonstriert eine Kombination eines ausgebreiteten **papulösen Syphilids** mit einer **Psoriasis**.

Ullmann demonstriert eine **Urethritis acuta**, die durch starke Infiltration des Orificium urethrae eine Sklerose an dieser Stelle vortäuschte.

Scherber zeigt ein fünfjähriges Kind aus Wien, das im Gesicht, an den Ohren und Händen zahlreiche dunkle, ephelidenartige **Pigmentationen** hat; auch die Mutter ist seit ihrer Jugend mit zahlreichen Epheliden und Pigmentflecken bedeckt. Das Kind weist bei Finsenbestrahlung schon nach fünf Minuten eine starke Reaktion auf und hat auch eine starke Conjunctivitis, also den deutlichen Symptomenkomplex des Xeroderma pigmentosum. Ein zweites Kind von einigen Monaten leidet an Erythemen.

Diskussion: Mračeк sah ein ähnliches Bild bei Lukasiewic in Innsbruck.

Brandweiner: Das 20jährige Mädchen hat im Gesicht mattbraune Knötchen, von denen einige in der Mitte eine narbige Depression zeigen; sie bieten ganz das Bild des **disseminierten Lupus** im Gesicht. Am rechten Mundwinkel ist ein hellergrofses tuberkulöses Geschwür mit aufgeworfenen Rändern. Vor einem Jahre bestand auch eine Nasenaffektion, die excochleiert wurde. Vielleicht dafs dadurch die Dissemination des Lupus erfolgte, vielleicht aber ist er hämatogenen Ursprungs.

Diskussion: Mračeк, der die Patientin vor einiger Zeit sah, wär nicht ganz sicher, ob es sich nicht um eine Sklerose am Mundwinkel mit kleinen Papeln im Gesicht handle; doch konnte er die Frau nicht länger beobachten.

Sitzung vom 7. Juni 1905.

Ehrmann demonstriert einen Fall von Aknekeloid resp. seiner **Folliculitis nuchae sclerotisans** und bespricht im Anschlusse seine Auffassung des pathologischen Prozesses als einer follikulären Staphylokokkeninfektion im Gegensatze zu Kaposi, der die Erkrankung als eine idiopathische chronische Entzündung in der Cutis betrachtete und dementsprechend die Bezeichnung Dermatitis papillaris wählte.

Spiegler stellt vor:

1. Einen 62jährigen Mann, der am Rücken einen guldengrofsen, wenig elevierten, kreisförmigen Herd von braunroter Farbe und mäfsig derber Konsistenz hat. Derselbe besteht seit zwei Jahren, zeigt weder deutliche Narbenbildung noch Ulceration. Der Vorstellende hält ihn für einen **Lupus vulgaris**. (Die histologische Untersuchung des exzidierten Stückes ergab ein Basalzellencarcinom.)

2. Einen **Lupus pernio** nach Art des letzthin von Ehrmann demonstrierten Kranken und der von Kreibich im *Archiv* veröffentlichten Fälle.

Nobl demonstriert:

1. Einen **Lupus erythematosus disseminatus** mit gröfseren Herden im Gesicht, kleineren in der behaarten Kopfhaut und an den Handrücken.

2. Einen **Lupus vulgaris disseminatus** bei einem siebenjährigen Mädchen, das aufserdem multiple Lymphomata aufweist.

3. Eine **Alopecia artificialis**, experimentell bei einem Hasen durch subcutane Injektion von Thallium erzeugt. Über der Injektionsstelle am Halse entstand nach einigen Tagen eine Alopecie von Kleinhandtellergröfse.

Diskussion: FREUND: Während bei den Versuchen BUSCHKES der Haarausfall an verschiedenen Stellen erfolgte, mahnt der in diesem Falle auftretende zur vorsichtigen Beurteilung, weil bei diesen Tieren zeitweise die Haare auch spontan leicht ausfallen.

SPIEGLER sah bei Kindern scheinbare Alopecien mit wenig beachteten Abscessen.

EHRMANN macht auf die Mitteilung von MOSKOWICZ aufmerksam, der eine solche circumskripte Alopecie auch nach Paraffininjektionen beobachtete, so dafs nicht gut eine spezifische Thalliumwirkung angenommen werden kann.

SPIEGLER stellt eine ausgebreitete **Vitiligo** vor, die den Stamm gürtelförmig umgreift und sowohl auf die Extremitäten als behaarte Stellen übergreift. Die hier bestehenden weifsen Haare führt er auf weifsen Farbstoff zurück, den man histologisch nicht nachweisen kann, der sich aber chemisch nach Zerstörung der Haarsubstanz gewinnen läfst.

Diskussion: EHRMANN weist diese Anschauung SPIEGLERS ab und verteidigt seine alte Auffassung, dafs die weifse Farbe des Haares nur der Ausdruck der Reflexion von Licht ist.

FREUND demonstriert ein mit Röntgenstrahlen behandeltes **Rhinosklerom**. Nach viermaliger Bestrahlung sind jetzt das Septum und beide Nasenflügel fast normal, weich und beweglich.

ULLMANN zeigt ein urticarielles **Erythema multiforme**, das durch jedesmalige Isolierung hervorgerufen wird.

FINGER berichtet über eine eigenartige Beobachtung beim Auftreten der **Sekundärerscheinungen beim Affen**. Nach der Impfung am Augenlid oder Genitale tritt nach 20—25 Tagen ein derber Initialaffekt auf; dieser läuft ab und hinterläfst eine pigmentlose Narbe mit pigmentiertem Rande. An benachbarten Stellen, die von der Impfung sicher nicht berührt wurden, entwickelt sich nun drei bis vier Wochen später ein wallartiges, serpiginöses Infiltrat, das in der Regio pubica gegen die Schamhaare und Leisten, am Auge gegen die Haare, das untere Augenlid und die Nase wandert. Histologisch bietet das Infiltrat das typische Aussehen von luetischem Initialgewebe.

Auch das demonstrierte Tier, ein Cynop. hamadrix, zeigt abseits von dem noch sichtbaren Primäraffekte an der Clitoris drei linsengrofse, braunrote, schuppende Papeln, die ich eben nicht für Allgemeinerscheinungen, auf hämatogenem Wege entstanden, sondern für eine auf dem Wege der Lymphbahn fortschreitende **regionäre Wanderung** der Infektion halte. Es ist die Frage, ob nicht auch die bei anthropoiden Affen beobachteten Papeln solcher Infektion entsprechen. Doch sind auch sichere Allgemeineruptionen bei den Tieren beobachtet, wie Zungenaffektionen von METSCHNIKOFF und Knötchen in der Hohlhand von LASSAR.

Diskussion: ULLMANN erinnert an eine ähnliche Beobachtung, die er beim Menschen gemacht.

FINGER: Beim Menschen kann man von regionärer Wanderung nur sprechen, wenn solche Infiltrate nach Ausheilung des Primäraffektes auftreten. Beim Bestehen desselben ist immer die Frage der Autoinokulation offen, da für eine absolute Immunität nach Auftreten der Sklerose kein Beweis besteht.

OPPENHEIM demonstriert:

1. Eine **Purpura rheumatica**, in Gruppen und Kreisen an den unteren Extremitäten angeordnet. Ob ein Zusammenhang mit der gleichzeitig bestehenden Blennorrhoe besteht, ist unsicher.

2. Eine **Atrophia cutis idiopathica** an den ganzen unteren Extremitäten mit Ausschluſs der Zehen.

Es folgt nunmehr die **Diskussion** über den Vortrag Grosz: **Urethritis non blennorrhoica.**

Finger kann im allgemeinen die Angaben von Grosz nur bestätigen. Bezüglich der Differentialdiagnose der nichtblennorrhoischen Urethritis vom postblennorrhoischen Katarrh gelte folgendes: Wenn der Patient mit glashellen Morgentropfen kommt, so ergebe die Untersuchung im ersteren Falle gar keine Bakterien, bei der Pseudoblennorrhoe auſser Eiterzellen und Epithelien eine reichliche Bakterienflora. Klinisch sind beide durch ihre Hartnäckigkeit und Resistenz gegen Medikamente ähnlich. Beim postblennorrhoischen Katarrh hängt dies mit den anatomischen Verhältnissen der Epithelmetaplasie zusammen, da das an Stelle der Infiltrationsherde bestehende Plattenepithel einen guten Nährboden für Saprophyten abgibt. Sind diese Herde von der Fossa navicularis getrennt, so könnnen durch desinfizierende Mittel Bakterien und die katarrhalischen Erscheinungen beseitigt werden; bei Zusammenhang mit der Fossa navicularis kehren die Saprophyten immer wieder, wenn die Behandlung ausgesetzt wird. In zwei Fällen sach ich nach Blennorrhoe das Auftreten von Koliurethritis und -cystitis und Übertragung derselben auf die gravide Frau.

Nobl beobachtete auch mehrere Fälle von Koliurethritiden.

Deutsch stellt sich bei der Bezeichnung Urethritis non blennorrhoica auf den strengeren Standpunkt von Barlow und Waelsch, der eine vorausgegangene Blennorrhoe abweist. Es gibt auch torpide Formen blennorrhoischer Urethritis mit ähnlichem klinischen Verlaufe, die erst später wieder Gonokokken zeigen. Bezüglich der Infektiosität solcher Urethritiden wäre es wichtig, die Untersuchungen auch bei nicht geschlechtsreifen Individuen durchzuführen.

Sachs verweist auf seine Arbeit über die Virulenz der postblennorrhoischen Urethritiden, die im ganzen den Pfeifferschen Bakterien der Pseudodiphtheriegruppe ähnliche Formen ergab.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 76. Heft 2. August 1905.

I. **Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen,** von St. Weidenfeld und L. v. Zumbusch-Wien. (Fortsetzung.) Über den Eintritt des Erbrechens läſst sich sagen: Je schwerer der Patient verbrannt ist, desto früher erbricht er, je weniger schwer die Verletzung ist, desto später. Dieses gebietet, selbst bei solchen Fällen, wo die Ausdehnung der verbrannten Körperfläche keine allzugroſse ist, wenn frühzeitig Vomitus eintritt, die Prognose ernst zu stellen. Jedoch ist das Erbrechen nicht immer ein sicheres Zeichen des zu erwartenden Todes, wie einzelne Fälle beweisen. (Kaposi erklärte seinerzeit, Erbrechen ziehe stets den Tod nach sich. Der Ref.) Es sterben auch viele schwere Fälle, ohne erbrochen zu haben, während bei anderen als Vorläufer des Erbrechens Singultus und Nausea beobachtet werden. Auch muſs man auf Puls, Respiration, Fieber, Harnausscheidung genau achten. Also die Prognose ist zu stellen nach der Ausdehnung, nach dem Grade der Verbrennung, nach dem Alter und der Konstitution des Kranken im allgemeinen und nach den als ominös anzusprechenden Symptomen.

Von therapeutischen Maßnahmen empfiehlt sich folgendes: Vor allem müssen alle Cardiaca in Verwendung gezogen werden, wie Coffein, Alkohol, Kampfer, Strophantus, Digitalis; zu warnen ist dagegen vor Morphium. Ferner ist der Vorschlag Tommasolis, die Durchwässerung des Organismus vorzunehmen, um der cumulativen Wirkung der Giftstoffe entgegenzuarbeiten, sehr zweckmäßig, dazu empfehlen sich reichliche Zufuhr von Getränken und Klysmen und Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung. Auch das Abtragen der Schorfe und das Verbinden der danach blutenden Wunden mit Xeroformgaze empfiehlt sich. Bei kleineren Verbrennungen unter ein Zwölftel der Oberfläche ist jede Therapie gleichwertig, bei Verbrennungen unter ein Siebtel genügen als lebensrettend Infusionen, wenn keine ominösen Symptome (Erbrechen, Nausea, Singultus, Somnolenz) eintreten. Wenn weniger als ein Drittel verbrannt ist, besteht die größte Wahrscheinlichkeit, den Kranken am Leben zu erhalten durch sofortige Abtragung und Infusionen. Bei Verbrennungen unter der Hälfte ist bei Anwendung der gleichen Methode ebenfalls noch Aussicht vorhanden, das Leben des Patienten zu retten, sicher wird es bedeutend verlängert. Wenn mehr als die Hälfte drittgradig verbrannt ist, ist die Aussicht nach jeder Richtung hin eine schlechte.

II. **Zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin)**, von Alfred Kraus-Prag. Verfasser berichtet über vier Fälle von Erythema induratum Bazin, welche er an der Pickschen Klinik beobachten durfte. Besonders vom ersten Fall gibt er eine ausführliche Krankengeschichte und einen Bericht über den histologischen Befund eines exzidierten Knötchens. Es handelt sich um seltene und in der klinischen Form noch recht rätselhafte Erscheinungen, so daß man nicht leicht die richtige Diagnose zu stellen vermag. Die Knotenbildungen sind entzündlicher Natur, und die histologische Untersuchung beweist, daß als anatomisches Substrat ein im subcutanen Fettgewebe lokalisierter, auf dem Wege der Entzündung zur circumskripten Nekrose führender Prozeß, der jeglichen spezifischen Charakters vollständig entbehrt, wahrzunehmen sei. Injektion von Tuberkulin war negativ. Dieser sich im subcutanen Fettgewebe abspielende Entzündungsprozeß spielt schon von jeher in allen Beschreibungen dieser seltenen Krankheit die Hauptrolle. Es ist mithin das Erythema induratum kein klinisch oder histologisch begrenztes Krankheitsbild, sondern ein Sammelbegriff für verschiedene Arten von Veränderungen, denen allen gemeinsam die begleitende entzündliche Atrophie des subcutanen Fettgewebes ist, deren genaue Scheidung aber eine Aufgabe künftiger Forschung bleibt.

III. **Klinische und bakteriologische Untersuchungen über das Ulcus venereum**, von B. Lipschütz-Wien. Auf Veranlassung Fingers untersuchte Verfasser eine große Anzahl nicht nur typischer, sondern auch verschiedener Ulcera venerea der verschiedenen Provenienz auf ihren Erreger hin, um die Angabe der französischen Kollegen nachzuprüfen und durch die Feststellung der Bedeutung der mikroskopischen und kulturellen Untersuchung bei klinisch verschiedenartig aussehenden Ulcera venerea eine bakteriologische Bestätigung für klinisch bekannte Tatsachen zu erbringen. Der erste Teil der Arbeit behandelt die Züchtungs- und Reinkulturen des Ducreyschen Bacillus, die Art oder Bereitung des Nährbodens, die bei der Züchtung notwendigen Kautelen (Erzielung eines aseptischen venerischen Geschwürs, welches nur die Bazillen des Ulcus venereum enthält, durch Anlegen eines Impfgeschwürs auf eine aseptisch gemachte Hautstelle, durch längeres Reinigen des Geschwüres mit steriler Kochsalzlösung, durch Exzision der Ulcera unter aseptischen Kautelen, mehrfaches Schütteln in steriler Kochsalzlösung und Entnahme des Impfmaterials aus der Tiefe des Gewebes) und die Züchtung selbst. Im ganzen züchtete Verfasser 24 Stämme des Ducreyschen Bacillus, die er studierte. Auf Blutagar sind die Kolonien 2—3 mm

im Durchschnitt grofs, rundlich, scharf umschrieben, etwas matt, anfangs grauweifs, später dunkelgrau bis gelbgrau, opal und deutlich über das Niveau des Nährbodens in Form flachkugliger Erhebungen hervorragend. Die Kolonien stehen oft isoliert dicht nebeneinander, konfluieren aber nicht. Das Kondenzwasser ist leicht getrübt, man sieht zahlreiche Körnchen und Flöckchen in ihm, welche Knäueln von Ducrey-Bazillen entsprechen. Die mikroskopische Untersuchung der Reinkulturen ergibt einen sehr ausgeprägten Polymorphismus, die Impfungen mit Reinkulturen waren bei 70 Personen stets positiv, keine einzige dieser Personen hatte dabei irgendeinen Schaden erlitten.

Abschnitt II behandelt die Untersuchungen über atypische Formen des Ulcus venereum und über das Ulcus pseudovenereum, wovon Verfasser eine gröfsere Anzahl beschreibt. Aus den zahlreichen Untersuchungen, die er bei den klinisch verschiedensten Formen von Ulcus venereum stets mit Hilfe des Mikroskops und der Inokulation, und zum Teil auch mit der Züchtung vorzunehmen Gelegenheit hatte, geht hervor, dafs wir bei jedem venerischen Geschwür stets den spezifischen Bazillenbefund zu erheben imstande sind, dafs die Inokulation und mikroskopische und kulturelle Untersuchung stets das gleiche Resultat geben, ob wir einmal ein „miliares" venerisches Geschwür, ein anderes Mal die „ulcerierte Form" des Ulcus venereum der Vagina und Portio oder ein auf eine Sklerose aufgepfropftes Ulcus venereum vor uns haben. Die mikroskopische Diagnose des klinisch noch so verschiedenartig auftretenden Ulcus venereum ist bei einiger Übung nicht schwer, und es läfst sich dabei auch in differential-diagnostischer Hinsicht eine scharfe Trennung zwischen dem Ulcus venereum und einem Herpes exulceratus, gewissen balanitischen Geschwüren, gummösen Affektionen, namentlich der Glans usw., durchführen. (Schluſs folgt.)

IV. **Zur Pathologie der Hyperkeratosen**, von Franz Samberger-Prag. Auf Jadassohns Klinik beobachtete S. einen Fall von Keratosis follicularis bei einer 25jährigen Bedienerin, der sich klinisch nicht recht diagnostizieren liefs, und erst nach Exstirpation eines Hautstücks mikroskopisch festgestellt wurde. Dabei ergab sich folgendes. Die Keratosis follicularis ist als Erkrankung sui generis zu betrachten, sie ist durch Hyperproduktion und Hyperkohäsion der Hornschicht bedingt, was histologisch nachweisbar ist, diese zwei pathologischen Prozesse in dem epidermalen Teile der Haut sind dann Ursache aller klinischen Symptome an der Haut speziell auch im Haarfollikel. Die primäre Verstopfung der Follikelmündung braucht man nicht zur Entstehung dieser Veränderungen zu supponieren, und es wurde im vorliegenden Falle auch das Gegenteil bewiesen. Die Haarfollikel sind nicht der einzige, auch nicht der charakteristische Sitz der Krankheit. Die Veränderungen in denselben, welche im weiteren Verlauf der Krankheit entstehen, sind sekundären Charakters. Von einem gleichen Prozesse wie die Follikel, und zwar wie qualitativ so auch quantitativ ist auch die benachbarte Hautoberfläche ergriffen. Verfasser schlägt vor, die Erkrankung als Keratosis pseudofollicularis zu bezeichnen.

V. **Über das umschriebene Lymphangiom der Zunge**, von Goffredo Sorrentino-Ancona. Verfasser beobachtete den seltenen Fall eines umschriebenen Lymphangioms der Zunge bei einem 10jährigen Knaben, den Verfasser zwar auf Grund der Anamnese und der objektiven Untersuchung sofort diagnostizierte, den er aber trotzdem genau mikroskopisch untersuchte. Die Biopsie der exzidierten Geschwulst bestätigte die Diagnose. Das Wichtigste ist das Vorkommen zahlreicher und vielförmiger Raritäten in der papillaren und subpapillaren Gegend. Das umschriebene Lymphangiom ist eine angeborene Affektion. Ferner bespricht Verfasser die bisher erschienenen wenigen Arbeiten über denselben Gegenstand von Wegner, Baldy, Dollinger, Bryant, Brocq, Bernard, Butlin, Samter usw. und die verschiedenen An-

sichten der Dermatologen über die Pathogenese dieser Affektion. Nach Verfassers Ansicht kommen bei den umschriebenen Lymphangiomen der Schleimhäute, wie bei jeder anderen Erkrankung, neben rein typischen Formen, welche die fixen klinischen und anatomischen Krankheitsbilder darstellen, auch minder deutliche vor. Letztere bilden einen Verkettungsring mit anderen typischen, klinischen Formen. So kommen auch unechte Lymphangiomen vor, in denen neben mehr oder minder anscheinend lymphatischen Läsionen auch markierte autonome Blutgefäßaffektionen — Lymphohämangiom — vorhanden sind, letztere gemischte Formen bilden den Übergang zwischen dem reinen Lymphangiom und dem reinen Hämangiom. Nur so kann man erklären, warum man von einer Krankheit oder von verschiedenen Typen einer Krankheit sehr verschiedene klinische und anatomische Befunde erlangen kann. Dieser Unterschied stellt das Vorkommen eines reinen umschriebenen Lymphangioms nicht in Abrede, sondern bestimmt und graduiert nur seine Formen.

VI. **Beitrag zur Kenntnis der Gefäßverkalkung in der Haut,** von KENKICHI-ASAHI-Japan. Auf PICKS Klinik in Prag beobachtete Verfasser einen Fall von Lichen ruber acuminatus mit hochgradigen Veränderungen im Bereiche der Gefäßwände, die in sehr weitgehender Verkalkung derselben bestanden. Der Patient starb, und wurden histologisch Hautstücke vom Ober- und Unterschenkel und der Schultergegend untersucht. Es fand sich vor allem an einzelnen im Niveau der Knäueldrüsen sowie auch an tiefer — bereits in der Subcutis selbst — gelegenen Arterien in der Wandung derselben ein hochgradig pathologischer Prozeß in Form deutlicher Verkalkung. Die Kalkplättchen waren in der tieferen Lage der Intima eingelagert, an der Grenze derselben gegen die Media, und ließen zumeist eine zum Lumen des betreffenden Gefäßes konzentrische Anordnung erkennen. Manchmal umfaßten die ununterbrochen zusammenhängenden Kalkplatten in Form konzentrischer Ringe die Intima ganz. Diese selbst erwies sich zumeist verdickt, während die Media keinerlei nennenswerte Veränderung aufwies. Wenn nun auch ein Zusammenhang zwischen diesen Gefäßveränderungen und dem Hautleiden nicht nachzuweisen war, so kann man doch eine gegenseitige Abhängigkeit der beiden Erscheinungen nicht ganz von der Hand weisen, denn die ersteren haben einen derartigen Einfluß auf die Zirkulationsverhältnisse ausgeübt, daß sich an Stellen, an welchen auch sonst derartige Prozesse zur Beobachtung gelangen, derartige Veränderungen sekundärer Natur einstellen konnten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.

Band VIII. Heft 11. August 1905.

Über die Abortivbehandlung der Blennorrhoe beim Manne, von F. BIERHOFF-New York. Nach kurzer Schilderung der prophylaktischen Maßnahmen, die man jetzt allgemein gegen die Verhütung einer Tripperinfektion anwendet, wie BLOKUSEWSKI, FRANK, VIRO usw., wendet sich Verfasser der Besprechung der Abortivmethoden zu, welche bei frühzeitiger Anwendung oft gute Erfolge haben und besonders durch JANET eingeführt sind und in vielfacher Weise modifiziert angewendet werden. Verfasser selbst verfolgt das Prinzip von FRANK und LEWIN. Zuerst wird mikroskopisch das Sekret untersucht; liegen die Gonokokken noch zum größten Teil extracellulär, und ist die Sekretion gering, dann wird $^1/_6$—$^1/_3$ % Protargollösung gebraucht. Liegen schon die Gonokokken meist intracellulär oder ist der Ausfluß deutlich eitrig, dann wird eine $^1/_3$—$^1/_2$ %ige Lösung verwandt, natürlich nur bei klarem zweiten Urin. Nach vorherigem Urinieren wird die Harnröhre mittels einer Mischung von 4 ccm einer 1 %igen Protargollösung und 4 cmm einer 1 %igen Cocainlösung anästhesiert.

Dann wird die vordere Harnröhre mit 150 ccm der Protargollösung ausgespült und hierauf 150 ccm derselben Lösung nach Janets Art vorsichtig durch die ganze Urethra bis in die Blase gespritzt, worauf Patient uriniert. Diese Prozedur wird ein- bis dreimal in derselben Sitzung wiederholt. Patient bekommt eine ½ %ige Protargollösung mit, die er zu Hause drei- bis fünfmal täglich zehn Minuten lang in der Harnröhre halten mufs. An den folgenden Tagen wird die Lösung nach Schwinden der Gonokokken abgeschwächt und die Menge verkleinert. Ist der Erfolg positiv, so dauert die Behandlung vier bis fünf Tage. Auf die Art behandelte Bierhoff 30 Fälle, von denen 15 (50 %) schnell heilten, die Gonokokken schwanden innerhalb vier Tagen. Jedenfalls hält Verfasser eine Abortivkur derart für möglich, wenn man sie frühzeitig anwendet; der Prozentsatz der Heilung ist nicht schlecht, der Prozentsatz der Komplikationen ist kleiner, und selbst bei negativem Erfolge schadet man den Patienten nicht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 8.

1. **Über einen Fall von zum Teil gangränösen Chancres mixtes an Lippe und Zunge mit später auftretendem Pseudoschanker am Unterarm,** von Erich Hoffmann-Berlin. Ein 57jähriger Tischlermeister bemerkte zwei Tage nach einem Cunnilingus, den er im Rausche bei einer Prostituierten vorgenommen hatte, eine wunde Stelle an der Zunge und nach weiteren zwei Tagen ein Geschwür an der Unterlippe. Während das Geschwür an der Zunge sich zu einem Ulcus molle von gewöhnlicher Form entwickelte, wurde aus dem Geschwür an der Lippe ein typisches Ulcus molle gangraenosum. Die Submaxillardrüsen waren 14 Tage nach der Infektion etwa erbsengrofs, nicht hart und nicht schmerzhaft, die übrigen Drüsen nicht vergröfsert; in dem abgekratzten Geschwürssekret fanden sich Streptobazillen. Wegen der Möglichkeit einer gleichzeitig erfolgten syphilitischen Infektion wurde eine Schmierkur eingeleitet, die aber ohne Wirkung auf die Ulcera blieb und deshalb nach 11 Tagen wieder ausgesetzt wurde. Dagegen führte Ätzung des Lippengeschwürs mit einem aus reinem Chlorzink und Wasser bereiteten Brei und tägliche Betupfung des Zungenulcus mit Jodtinktur zur Reinigung und nachfolgende Jodoformbehandlung zur allmählichen Heilung der beiden weichen Schanker. Bald darauf zeigte sich eine deutliche Induration der Geschwürsnarben, und acht Tage später waren diese in flacherodierte, harte Primäraffekte umgewandelt. Gleichzeitig entstand in der Kinnlippenfurche eine knopfförmige, kreisrunde, erodierte und stark indurierte Papel mit wallartigem Rand, und dazu kam noch eine erhebliche indolente Schwellung der submentalen und submaxillaren und eine mäfsige Vergröfserung der cervikalen und der übrigen Drüsen; aufserdem war ein vom Kinn nach den linken Submaxillardrüsen ziehender harter Lymphgefäfsstrang nachzuweisen. An der Diagnose Syphilis konnte nach all' dem kein Zweifel sein, und es wurde nun, 7½ Wochen nach der Infektion, ohne das Auftreten von Roseola abzuwarten, eine energische Schmierkur eingeleitet, unter der sich die drei Primäraffekte in etwa drei Wochen vollständig zurückbildeten. Sechs Wochen nach Beendigung der Schmierkur erschien der Mann wieder mit einer fünfpfennigstückgrofsen, kreisrunden, indurierten Erosion, die sich auf der Streckseite des linken Unterarmes auf einem alten, schuppenden Ekzemfleck entwickelt hatte und in jeder Beziehung einem frischen Primäraffekt glich; die regionäre Cubitaldrüse war wallnufsgrofs, hart, unter der Haut verschieblich und nicht schmerzhaft, zu ihr führte von der indurierten Papel her ein derber, mehr als stricknadeldicker, indolenter, unter der Haut verschieblicher Lymphgefäfsstrang. Die Papel mufste als Pseudoprimäraffekt,

als eine indurierte Reizpapel aufgefafst werden; Anlafs zu ihrer Entstehung hat zweifellos das circumskripte Ekzema squamosum gegeben, das im Sinne Tarnowskys eine Reizung darstellte, welche die örtliche Manifestation der latenten Lues bewirkte. Die Papel verschwand unter Applikation von Airol und Kalomel im Verlaufe von ungefähr sechs Wochen.

Ulcera mollia an Lippen und Zunge und besonders solche mit gangränösem Zerfall gehören zu den gröfsten Seltenheiten; weniger selten, aber doch auch ungewöhnlich ist das Auftreten eines „Chancre successif", wie er sich bei dem Kranken etwa eine Woche nach der Induration der beiden eben vernarbten Ulcera mollia in der Kinnlippenfurche gebildet hat; er mufs als eine durch irgendeinen Reiz bedingte Induration gedeutet werden. Ganz besonderes Interesse aber bieten die am Arme des Patienten beobachteten Erscheinungen. Sie bringen H. zu der Anschauung, dafs die Ärzte, die Ausnahmen vom Collesschen Gesetz beschrieben haben, einer Täuschung zum Opfer gefallen sein können; denn wie sich in dem beschriebenen Falle 18 Wochen nach der Infektion eine indurierte, von Lymphangitis und regionärer Lymphadenitis gefolgte indurierte Papel bildete, die jedem mit den vorausgegangenen Ereignissen nicht vertrauten Beobachter als Primäraffekt imponieren mufste, ebenso kann bei einer stillenden Frau mit einer vom Gatten herstammenden, aber latent oder unbeachtet gebliebenen Syphilis an der fortwährenden Reizung ausgesetzten Mamilla ein Pseudoschanker mit Lymphangitis und Lymphadenitis entstehen, der dann als Primäraffekt gedeutet wird und die Veranlassung gibt, den Fall fälschlich als Ausnahme vom Collesschen Gesetz anzusprechen.

2. **Beitrag zur Kenntnis des Pigments**, von Hans Vörner. V. hat im vorletzten (6.) Hefte der *Derm. Zeitschr.* (Band XII) seine Beobachtungen über die Existenz eines hellgelben, leicht löslichen Pigmentes mitgeteilt und bringt nun zwei Abbildungen, die das Vorhandensein dieses Farbstoffes beweisen. Die beiden Abbildungen stellen einen senkrechten Schnitt durch ein frisches Stück einer jungen gelben Ephelide dar. Die eine Abbildung gibt den Schnitt wieder, nachdem er nur in Glycerin gelegen war; sie läfst im Rete Malpighii und in der Cutis reichlich goldgelbes Pigment erkennen. Die zweite Abbildung zeigt den gleichen Schnitt, nachdem er längere Zeit mit Alkohol behandelt und mit ganz schwacher Methylenblaulösung gefärbt worden ist; das goldgelbe Pigment ist hier im Rete Malpighii ganz, in der Cutis zum grofsen Teile verschwunden, die vorher mit gelbem Pigment erfüllten Zellen haben mehr oder weniger stark die Farbe des Methylenblau angenommen.

3. **Ein Fall von herdförmiger Pigmentanomalie der Kopfhaare**, von Hans Vörner. Bei einem 8jährigen Knaben, der vor drei Monaten eine mittelschwere Scarlatina durchgemacht hatte, fanden sich auf der linken Seite des Kopfes inmitten der ganz dunklen, fast schwarzen Haare an verschiedenen rundlichen, in Gruppen beisammen stehenden, 1—3 cm im Durchmesser haltenden Stellen stark glänzende, rotblonde Haare. Der Haarboden war an dieser Stelle vollständig unverändert; die blonden Haare safsen genau so fest wie die dunklen, waren aber etwas dünner als diese und hatten einen marklosen Schaft, der nur sehr wenig dunkle Pigmentkörnchen enthielt; die blonde Farbe resultierte hauptsächlich aus der diffus gelblich gefärbten Rindensubstanz. Die Affektion, die (was allerdings nicht ausdrücklich gesagt wird, Ref.) im Anschlufs an den Scharlach entstanden war, war nicht von langer Dauer; schon nach einigen Wochen wuchsen die Haare wieder dunkel nach.

Eine gleiche Beobachtung ist V. aus der Literatur nicht bekannt. Wodurch in dem beschriebenen Falle die Verminderung des Pigmentgehaltes bedingt war, vermag V. mit Bestimmtheit nicht anzugeben.

4. **Zur Therapie des Unterschenkelgeschwürs, „doppelter Binde", (Vörner-sche Methode)**, von Hugo Rath-Leipzig. Vor einiger Zeit hat Vörner in der *Münch. med. Wochenschr.* (1905. Nr. 8) zur Behandlung variköser Unterschenkelgeschwüre einen neuen einfachen Druckverband empfohlen, der darin besteht, dafs zwei lange elastische Binden (Trikot- oder besser Bendersche Binden) unter ziemlich kräftigem Druck konzentrisch bis über das Kniegelenk angelegt werden. Der Verband, der vom Patienten selbst gemacht werden kann, wird abends abgenommen, so dafs die Nacht zur Behandlung der Geschwüre mit Umschlägen, Salben, Pulvern usw. benutzt werden kann. Wo aus äufseren Gründen eine tägliche Erneuerung des Verbandes nicht möglich ist, wird die erste Binde nach der Anlegung mit einem Leim durchtränkt, der folgende Zusammensetzung hat: Tragakanth 0,5 %, Gelatine 10 %, Glycerin 5 %, Acid. boric. und Borax ää 6 %, das Ganze in Wasser gelöst. Vor dem Gebrauche wird die Mischung auf 40—50 ° erwärmt; das Fufsgelenk bleibt von der Leimung frei. Über der mit dem Leim bestrichenen Binde wird wie beim mobilen Verband die zweite Binde in konzentrischen Touren angelegt. Man hat so einen Dauerverband, der, wenn die Geschwürssekretion nicht zu stark ist, eine Woche lang liegen bleiben kann; er läfst sich sehr leicht abnehmen, wenn man die Binden mit warmem Wasser sich vollsaugen läfst. Entzündliche Prozesse, akute Schwellungen usw. müssen, bevor mit den Verbänden begonnen wird, durch kühlende Umschläge und Hochlagerung des Beines beseitigt werden; auf die Geschwüre selbst werden vor jeder Anlegung der Binden die nötigen Medikamente appliziert. — R. hat diese „Behandlung mit doppelter Binde" sowohl bei Unterschenkelvaricen, ohne erhebliche Veränderung der Haut, wie auch bei oberflächlichen und tiefgreifenden varikösen Unterschenkelgeschwüren angewendet; die Erfolge waren, wie die mitgeteilten 27 Krankengeschichten beweisen, sehr gute. Das Verfahren hat überdies den Vorzug aufserordentlicher Billigkeit.

5. **Die Bedeutung des Pigments für die hellfarbigen Menschenrassen**, von F. B. Solger-Neisse. S. hat sich über die Bedeutung des Pigmentes ein Urteil gebildet, das auf dem Auftreten stärkerer Pigmentierung bei intensiverer Belichtung und auf der von Natur aus vorhandenen Anordnung des Pigmentes bei den hellfarbigen Menschenrassen basiert. Er fafst dieses Urteil in folgenden Sätzen zusammen: Das Hautpigment schützt den Menschen nicht allein gegen die Folgen intensiver Belichtung, es ist auch ein wirksames Schutzmittel gegen die schädlichen Folgen verdunstender Feuchtigkeit. Aus diesem Grunde sind Körperteile, die durch ihre Lage oder durch die Absonderung von Sekreten Hautentzündungen (Ekzemen) leicht ausgesetzt sind, nämlich Nabel, Geschlechtsteile und After und bei Frauen auch noch die Brustwarzen auch bei Vertretern der weifsen Rasse reich an Farbstoff. Zur Zeit der Schwangerschaft wird die Farbstoffeinlage an den betreffenden Stellen noch bedeutend vermehrt, weil der Organismus der Frau zu dieser Zeit in besonders hohem Grade schutzbedürftig ist. Ein Analogon für diese Bedeutung des Pigments findet man in der stets schwarz pigmentierten Nase fast aller Säugetiere, besonders der Raubtiere, für deren Leben die Nase als Aufnahmeorgan des weitaus wichtigsten Sinnes von unersetzlichem Werte ist. Die Erwerbung des Pigments beruht auf dem Prinzip der Selektion.

Zieht man die zwiefache Bedeutung des Pigmentes in Erwägung, so mufs man daraus schliefsen, dafs eine kunkel gefärbte Haut nicht nur gegen Belichtung, sondern gegen extreme klimatische Bedingungen überhaupt einen wirksameren Schutz bietet als die pigmentarme Haut des Europäers. In diesem Sinne erklärt sich auch die dunkle Färbung der Polarbewohner.

6. **Krankheiten der Haut in Verbindung mit den Krankheiten des Stoffwechsels**, von L. Duncan Bulkley-New York. Deutsch von Merzbach-Berlin. Der

Verfasser ist ein Anhänger der Anschauung, derzufolge zahlreiche Dermatosen durch Stoffwechselkrankheiten bedingt sind. Zu den Stoffwechselkrankheiten, welche ohne Mitwirkung lokaler Ursachen Hautaffektionen hervorrufen können, rechnet er neben Gicht, Diabetes und Fettsucht den chronischen deformierenden Rheumatismus und die Skrofeln, „welche Stoffwechselstörungen zeigen, die das Wachstum von Mikroorganismen begünstigen". Die nicht sehr klaren Ausführungen gipfeln in einem Hinweis auf die Bedeutung, welche eine genaue Harnanalyse für die Feststellung von Stoffwechselanomalien und damit auch für die Behandlung der von diesen abhängigen Hautkrankheiten besitzt.

7. **Welche Beziehungen bestehen zwischen Haut- und Nierenkrankheiten?** von Bruno Glaserfeld-Berlin. (S. Referat Seite 188.) *Götz-München.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. II, Heft 6.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von O. Grosse-München. Unter den heutzutage obwaltenden Verhältnissen ist es unleugbar eine Unmöglichkeit, den aufserehelichen Geschlechtsverkehr zu beseitigen, und es ist deshalb eine ärztliche Pflicht, auf Mittel bedacht zu sein, welche die Infektion mit venerischen Krankheiten möglichst zu verhüten imstande sind. Dabei soll den weitergreifenden Bestrebungen, welche auf eine Hebung der Volksgesundheit im weitesten Sinne gerichtet sind, keineswegs entgegengearbeitet werden, sondern dieselbe auf jegliche Weise gefördert werden. Von diesem Standpunkte aus hat G., nachdem er bei den bisher zu Gebote stehenden Schutzmitteln, wie er in ausführlicher Besprechung darlegt, vielfache Mängel festgestellt hat, eine Einrichtung ersonnen, welche mit ziemlicher Sicherheit gegen Blennorrhoe sowie gegen Syphilis und weichen Schanker zu schützen geeignet scheint. Der kleine Apparat, den er mit dem Namen „Selbstschutz" oder „Schütze dich" (patentamtlich) bezeichnet hat, besteht aus folgenden Teilen: Eine ca. 3 cm lange, kaum bleistiftdicke Tube mit weifsem Verschlufs, welche das antiblennorrhoische Prophylaktikum, Hydrargyrum oxycyanatum (1 : 1000), enthält und, als zweites, eine ebenso grofse Tube mit rotem Verschlufs, welche das antisyphilitische Prophylaktikum, ein einfaches Fettgemisch von Lanolin und Vaselin, ohne weitere überflüssige Beimengungen enthält. Aus den Ergebnissen der ausführlich besprochenen Literatur und den eigenen Beobachtungen des Verfassers geht hervor, dafs mit diesen einfachen Mitteln am ehesten einer Infektion vorgebeugt werden kann. Der ganze Apparat ist nur zur einmaligen Benutzung bestimmt. Vor der Kohabitation wird mit dem Fettgemisch der Penis und natürlich namentlich die von Schleimhaut bekleideten Teile sorgfältig eingesalbt. Nach dem Akte wird der Inhalt der weifsen Tube in die Harnröhre eingeführt. Zu diesem Behufe ist die Tube mit einem kegelförmigen Ansatz versehen nach Art der Trippenspritzen. Das Mittel verursacht nur ein ganz leichtes Brennen in der Harnröhre; man läfst es etwa eine Minute lang einwirken. Die beiden Tuben werden in handlicher Verpackung mit Gebrauchsanweisung zum Preise von 30 Pf. in der Adlerapotheke zu München hergestellt.

Epilog zum zweiten Kongrefs der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten am 17. und 18. März in München, von Frhr. von Notthaft-München. Wiewohl die Bestrebungen des Kongresses und überhaupt schon die Möglichkeit, dafs ein derartiger Kongrefs abgehalten werden kann, freudig zu begrüfsen sind, so ist, wie v. N. darlegt, an manchen Punkten eine bessernde Kritik sehr wohl am Platze. Zunächst ist zu bemerken, dafs in bezug auf die Reklame und die in aufdringlicher Weise beliebten Ankündigungen über selbst die heikelsten

Themata etwas weise Beschränkung am Platze gewesen wäre. Man soll nie vergessen, daſs die Versammlung nicht allein Fachmänner, sondern zum groſsen Teil Laienpublikum umfaſst, und daſs das letztere niemals imstande sein wird, den Gegenstand rein abstrakt wissenschaftlich zu erörtern. Namentlich auch dürfte das Bestreben, bei dieser Gelegenheit die ganze Zuhörerschaft einschlieſslich der Frauen über die ganze Physiologie und Pathologie des Geschlechtsaktes und der Geschlechtskrankheiten aufzuklären, entschieden zu weit gehen. Unbedingt zwecklos ist es auch, bei den allgemeinen Versammlungen die Debatte zuzulassen. Wenn, wie bei dieser Gelegenheit der Fall war, von ganz verschiedenen Standpunkten aus debattiert wird, wird eine Einigung kaum jemals möglich sein, und die Zuhörer gewinnen nur den Eindruck, als rede jeder nur aus bestimmten Sonderinteressen. Da nun die Prostitution einmal nicht aus der Welt zu schaffen ist, kommt es vorläufig nur darauf an, die Schädigungen derselben möglichst zu beschränken. Die Prostituierte ist auf die gleiche Stufe zu stellen wie der Landstreicher und Trunksüchtige; es sind eben degenerierte Menschenklassen, deren es wohl immer mehr oder minder geben wird, und damit muſs gerechnet werden.

Über Spracheigentümlichkeiten Berliner Prostituierter, von W. Hammer-Berlin. Ein kurzer Abriſs des gewöhnlichen Lebenslaufs einer Berliner Dirne, wobei Verfasser möglichst viele Ausdrücke ihres Rotwelschs einflicht.

Jahrg. II. Heft 7. Juli 1905.

Über Novargan, von R. Lucke-Magdeburg. Nach L.s Erfahrungen, worüber er auch schon früher berichtet hat, ist das Novargan von groſser Wirksamkeit zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe. Allerdings verlangt er dabei, daſs die Behandlung durchaus in der allerersten Zeit nach erfolgter Infektion eingreifen soll. Fälle, die später zur Behandlung kommen, geben selbst bei geringfügiger Sekretion keine günstige Prognose, und beim akuten Tripper sind etwa 30 % der Fälle wegen der alsbald eintretenden Reizerscheinungen für die Novarganbehandlung auszuscheiden, da selbst $^1/_5$ %ige Lösungen bei ihnen zu stark reizend wirken. Beim chronischen Tripper ist das Novargan überhaupt nicht zu empfehlen. Verfasser benutzt die Gelegenheit zu einer kleinen Polemik gegen Oberländer und dessen Behauptung, daſs es unmöglich sei, durch bakterizide Mittel die akute Blennorrhoe definitiv zu heilen.

Die Behandlung der Bubonen nach der Poroszschen Methode, von J. Barabàs. Dieses vielleicht nicht sehr allgemein bekannte Verfahren gibt nach B.s Erfahrungen bei reifen Bubonen vorzügliche Resultate. Nach gründlicher und weitgreifender Desinfektion wird an dem weichsten Teil der Schwellung ein Schnitt von 0,5—1 cm Länge mit spitzem Bistouri ausgeführt. Nachdem durch leichten Druck der Eiter noch möglichst entleert worden ist, wird eine 2—3—5 %ige Acidum nitricum-Lösung mittels der Tripperspritze in die Höhlung möglichst tief hineingetrieben, wobei man die Wundränder fest an die Spritze andrückt, um jegliches Vorbeiflieſsen zu verhindern. Schon am nächsten Tage findet man dann beim Verbandwechsel, daſs die Eitermenge abgenommen hat. Wenn sich ein nur seröses Sekret mit käseartigen, weiſsen Gerinnseln entwickelt hat, kann der Verband zwei Tage lang liegen bleiben. Dabei empfiehlt es sich, das Verfahren noch ein- bis zweimal zu wiederholen. In acht bis zehn Tagen tritt Heilung ein. Es ist nicht nötig, die Patienten dabei länger als höchstens die ersten paar Tage das Bett hüten zu lassen. Die durch die Injektion verursachten Schmerzen sind nicht übermäſsig groſs und dauern höchstens zwei Minuten an. Verfasser hat zwar erst 17 Fälle auf diese Weise behandelt, er hat aber so gleichmäſsig günstige Resultate erhalten, daſs er nicht ansteht, das Verfahren für die beste aller ihm bekannten Behandlungsarten zu erklären.

Über sexuelle Neurasthenie, von M. A. Stern. Unter dieser Bezeichnung verstehen die Neuropathologen gewöhnlich hauptsächlich Symptome von seiten der Geschlechtsorgane. Man faßt aber auch darunter Erscheinungen zusammen, welche den Gesamtorganismus betreffen, als weitere Folge von Störungen in der Ausführung des normalen Geschlechtsaktes, und in diesem Sinne gebraucht es auch S. in der vorliegenden Arbeit. Daß derartige Beeinträchtigungen der normalen Kohabitation in immer zunehmendem Maße platzgreifen, beweist die Geburtsstatistik zur Genüge. So ist in Amerika bekanntlich, und namentlich in Frankreich, die Fruchtbarkeit der Frauen in den letzten Jahrzehnten in stetem Rückgange begriffen, und auch in Deutschland ist eine Abnahme zu konstatieren von 40,7 Geburten pro 1000 Personen in dem Jahrzehnt von 1871—1880 auf 37,5 in dem Zeitraume von 1891—1897. Dies ist lediglich auf den Gebrauch von antikonzeptionellen Maßnahmen zurückzuführen, unter denen der Coitus interruptus entschieden am nachteiligsten wirkt. Als ein Beispiel für die durch Sexualaffekte bedingten, unter Umständen weitgreifenden Folgen schildert S. die langwierigen Leiden eines 32jährigen Mannes, welcher von ihm und auch von verschiedenen Universitätsprofessoren an den intensivsten Magenstörungen ein paar Jahre hindurch behandelt wurde. Die genauere Art des Magenleidens konnte zwar nicht festgestellt werden, doch erschien ein Ulcus das wahrscheinlichste. Die Beschwerden wurden schließlich so intensiv, daß Patient nur durch Morphium sich Linderung verschaffen konnte und sich stetig steigernde Dosen davon einspritzte. (Fortsetzung folgt.)

Erwiderung auf Dr. Otto Grosses Arbeit „Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten", von Blokusewski-Niederbreisig a. Rh. Verfasser verteidigt die von ihm angegebenen Schutzmittel „Samariter" und „Amicus", namentlich aber die „Sanitas-Oliven" gegen die von G. dagegen erhobenen Ausstellungen. Mit den neueren Verbesserungen versehen, seien dieselben durchaus zweckentsprechend und sind auch von anderen Autoren (Campagnolle, Feistmantel) als wertvoll anerkannt. Erhältlich sind dieselben bei Gebrüder Bandckow, Berlin (SW. 61).

Philippi-Bad Salzschlirf.

Monatsberichte für Urologie

1905. Band X, Heft 7.

Behandlung des Harnröhrentrippers mit prolongierten Einspritzungen (Harnröhrenfüllungen-Parsements intra-urethraux), von Joseph Sellei-Budapest. Dieses von Motz-Paris im Jahre 1903 empfohlene Verfahren besteht in kurzem darin: Nach Auswaschung des vorderen und hinteren Teiles der Harnröhre mit dem Guyon-Katheter in dieselben je etwa 4—5 cm einzuspritzen, dann einen Wattetampon tief in das Orificium einzudrücken, über denselben ein anderes Stück Watte zu geben und die Eichel mit einem Kautschukkondom zu bedecken; die Flüssigkeit bleibt stundenlang — solange es nur der Kranke verträgt und kein Reiz zum Urinieren auftritt — in der Harnröhre. Motz empfiehlt mit Vorliebe Hermophenyl, ein neueres Quecksilberpräparat, und zwar je nach Empfänglichkeit des Patienten in drei verschiedenen Lösungen: 0,5, 0,75 und 1,0 : 1000,0 Aqu., gemischt mit Protargol (0,5—1,0), Kokain 1,0 und Glycerin 30,0. Sellei ließ das Kokain weg und verwendete außer der Hermophenyllösung (Nr. II) Arg. nitr. 0,5 : 1000,0, Cupr. sulf. 1,0—3,0 : 1000,0, Hydrarg. oxyc. 0,5—1,0 : 1000,0, Protargol 1,0 und statt desselben Ichthargan oder Albargin 0,5—1,0 : 1000,0. Zur vorherigen sorgfältigen Auswaschung der Harnröhre verwendete S. Kalium permanganicum, in akuten Fällen in einer Lösung von 1 : 5000 (auf 28 bis 30° C. erwärmt) in Form von Majocchi modifizierten, reichlichen Janetschen Spülungen.

Während Motz sein Verfahren in erster Linie bei chronischem Tripper empfiehlt, hat S. dasselbe sowohl bei akuten (22) wie chronischen (20) Fällen von Harnröhrentripper erprobt. Je früher sich der Patient dieser mit Harnröhrenwaschungen kombinierten Harnröhrenfüllungsmethode unterzieht, desto rascher kommt man zum Ziele: nach 2—3—4 Wochen beobachtet man eine bedeutende Abnahme der Sekretion (auch mit der viel einfacheren, gewöhnlichen Injektionsmethode in den meisten Fällen! Ref.), die Gonokokken sind nur vereinzelt mehr nachweisbar usf. In chronischen Fällen führt sie, allerdings mit anderen Methoden (Sondenbehandlung, Harnröhren-, Prostatamassage usw.) verbunden, gleichfalls zum Ziele. Von den 20 Fällen von chronischer Blennorrhoe brachte S. jedoch elf nur zur Besserung und konnte das gänzliche Aufhören der Sekretion in zwei bis drei Monaten nicht erzielen; trotzdem erklärt er am Schlusse seiner Arbeit, welcher noch eine tabellarische Übersicht der behandelten Fälle beigefügt ist, in recht optimistischer Weise, es werde sich diese Methode in der Therapie des Harnröhrentrippers behaupten können.

Neubildungen der Harnblase, von M. Chworostanski. (Vortrag, gehalten in der medizinischen Gesellschaft zu Woronesch.) In der russischen Literatur ist die Zahl der Fälle von Blasengeschwulst noch sehr gering, wenn sie auch in letzter Zeit seit Verbreitung der Cystoskopie bedeutend im Steigen begriffen sind. In dem Falle, welchen Chw. beobachtete, handelte es sich um eine 31jährige Patientin, bei welcher häufige und aufserordentlich schmerzhafte Miktion vorhanden war. Nach verschiedenen, vergeblichen therapeutischen Eingriffen wurde der obere Blasenschnitt gemacht und von der hinteren Blasenwand ein papilläres Gewächs, ziemlich derb, mit beweglicher Schleimhaut bedeckt und mit Harngries überzogen, mittels Schere entfernt; mikroskopische Untersuchung wurde nicht ausgeführt, nach Verfassers eingehend motivierter Ansicht handelte es sich wahrscheinlich um einen sog. Zottenpolyp. Späteren Berichten zufolge haben die Schmerzen bei der Patientin sehr bald aufgehört, Eiter und Harngries blieben aber bestehen. Anlehnend an die Arbeiten von Albarran und besonders Podres stellt Chw. noch längere Betrachtungen über die Operationsmethoden bei Blasengeschwülsten, die Fragen des Alters und der sehr schwankenden Feststellung der Benignität derselben u. a. m. an. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 6.

Über zwei weitere Fälle von Porokeratose, von V. Mibelli. Es werden zwei weitere Fälle von Porokeratose mitgeteilt und im Anschlufs an diese erfolgt eine klinische und pathologisch-anatomische Darstellung der Krankheit. Neue Gesichtspunkte stellt M. dabei nicht auf. Seine Erfahrungen über die Nosologie der Porokeratose, die er als erster beschrieben hat, fafst er dahin zusammen, dafs sie eine familiale Krankheit sei, die sich nicht durch Ansteckung, aber durch Vererbung übertrage. Ihr Beginn fällt in der Regel ins Kindesalter, sie dauert zeitlebens, denn sie ist unheilbar.

Über einen Fall von Porokeratosis systematisata, von Mario Truffi. Im Anschlufs an die Mitteilung eines Falles von Porokeratose, der einen dreizehnjährigen Knaben betraf, stellt T. Betrachtungen über die Ätiologie dieser Krankheit an. Zum Ausgangspunkte nimmt er die Tatsache, dafs in seinem Fall fast ausschliefslich die linke Körperhälfte befallen war. Das veranlafst ihn — und vor ihm haben schon andere dieselbe Mutmafsung gehegt —, die Porokeratose mit anderen systematisierten Hauterkrankungen, namentlich mit dem Naevus linearis, in Analogie zu bringen und eine angeborene Anlage zu dieser Erkrankung anzunehmen. Weitere Kranken-

geschichten, die er im Auszuge mitteilt, dienen dieser Hypothese zur Stütze. Die Einwände, die schon früher dieser Annahme entgegengehalten wurden, finden sachliche Würdigung.

Auch die Frage, ob die ersten Hautveränderungen bei der Porokeratose von der Epidermis oder von der Cutis ausgehen, wird zum Schluſs kurz berührt. Verfasser neigt zur Ansicht, daſs keinem der beiden Gewebe in dieser Hinsicht eine Priorität zukomme, daſs vielmehr die unbekannte Krankheitsursache auf beide gleichzeitig einwirke.

Ein Fall von Gonokokken-Metastase in der Haut. Angiodermitis suppurativa e Gonococco, von Ch. Audry. Der Patient, ein Kellner, kommt mit einem frischen Tripper, mit einem diffusen, scharlachartigen Ausschlage und mit einer blennorrhoischen Polyarthritis zur Aufnahme. Befallen sind das rechte Sterno-Clavicular gelenk, der fünfte bis achte Halswirbel, die kleine Zehe des rechten Fuſses. An dieser letztgenannten Stelle bildet sich in den nächsten Tagen ein kleiner Hautabsceſs, bei dessen Einschnitt sich ein kleiner Tropfen Eiter entleert. Bei weiterem Vordringen des Messers flieſst seröse Flüssigkeit aus und man kommt schlieſslich auf rauhen Knochen. Die so gesetzte Wunde heilt allmählich zu. Auch die übrigen Symptome einschlieſslich einer im Krankenhause aufgetretenen Periarthritis des linken Handgelenks bilden sich schneller oder langsamer zurück. — In dem Eiter des kleinen Hautabscesses und in Schnitten der erythematösen Haut fanden sich gonokokkenhaltige Zellen.

In einem Nachwort betont A. die Bedeutung dieses Falles, der einen weiteren Beleg für das Vorhandensein einer Angiodermitis suppurativa e Gonococco darstellt. — Er ist ferner geneigt, aus dem Vorkommen der Gonokokken-Metastasen namentlich in Deutschland — auch sein Patient war ein Deutscher — auf die Prädisposition der Deutschen für diese Erkrankung zu schlieſsen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1905. Band V, Nr. 10.

Entwurf zu einer medizinischen Reglementierung der Prostitution, von J. Janet-Paris. Der Hauptfehler des bisherigen Systems der Reglementierung liegt nach J. darin, daſs man in vergeblicher Weise eine Unsumme von Zeit und Mühe darauf verwendet, die mit infektiösen Krankheiten behafteten Prostituierten einzeln aufzusuchen, und sich die Aufgabe noch erschwert durch das Drohen mit Polizei und Strafen, so daſs die wirkliche Behandlung viel zu kurz kommt. Sein Plan zielt darauf hin, die Erkrankten zu bewegen, sich freiwillig zur Behandlung zu begeben. Von einer zwangsweisen Internierung der Erkrankten soll abgesehen werden. Selbst syphilitisch Infizierte sollen frei umhergehen dürfen, falls sie regelmäſsig sich beim Arzte zur Behandlung (welche im wesentlichen in der Verabreichung von subcutanen Injektionen bestehen wird) einfinden. Die Internierung wegen Blennorrhoe hält J. für zwecklos; während des akuten Stadiums wird die Betreffende von selbst wegen der Schmerzhaftigkeit ihr Gewerbe einstellen, und die chronischen Stadien kann auch eine ad infinitum fortgesetzte Behandlung nicht mit Sicherheit heilen. Auch könnten die Klienten sich durch geeignete Schutzmittel, namentlich Sublimat und Protargol, wie dies z. B. in Deutschland sehr verbreitet sei, vor Infektion bewahren. Bei der Syphilis hinwiederum erlösche die Infektiosität nach dreijährigem Bestehen des Leidens. Man braucht sich also auch um diese Individuen nicht weiter zu kümmern, falls sie nicht von selbst auf Behandlung antragen. Um nun die medizinische Behandlung resp. Beaufsichtigung zur Wirklichkeit werden zu lassen, will J. für die Prostituierten eine

andere Art von Ausweisheft, als bisher üblich war, einführen. Dasselbe soll aus zwei Abteilungen bestehen, von denen die eine durch ein Band verschliefsbar, nur für Notizen des Arztes über stattgefundene Behandlung bestimmt ist. In der anderen Abteilung notiert der Arzt, wann die Betreffende sich ihm zur Untersuchung resp. zur Behandlung vorgestellt hat, und an welchem Datum sie sich wieder vorstellen soll. Ist die vorgeschriebene Frist noch nicht verfallen, so hat die Polizei sie ganz unbehelligt zu lassen, einerlei ob sie gesund ist oder krank, während sie anderenfalls auch zwangsweise interniert werden kann. Freiwillig sich zur Behandlung Meldende sollen einen Verpflegungssatz von 2 Frcs. pro Tag erhalten. Erwünscht ist auch die Gründung von speziellen Hospitälern, wo derartig Erkrankte ohne Zwang gründlich behandelt werden sollen. J. hofft, dafs auch hierfür die Mittel sich werden finden lassen. — Es ist nicht zu leugnen, dafs der ganze Plan viele aussichtsvolle Momente bietet.

Bd. V, Nr. 12—15.

Technik, Zusammensetzung, Dosis und Verlauf der Behandlung der Syphilis mittels intramuskulärer Injektionen von Oleum cinereum, von Le Pileur-Paris. Ein Hauptfehler bei der bisherigen Injektionsbehandlung besteht, wie Verfasser darlegt, in der Ungenauigkeit der Bemessung der zu verabreichenden Dosen. Er hat zur Beseitigung dieses Übelstandes eine besondere Spritze konstruiert, welche eine ganz genaue Dosierung ermöglicht. Das Rohr ist aus Zelluloid, der Verschlufs und der Kolben aus Hartgummi. Die Kolbenstange dreht sich in einem am oberen Ende angebrachten Schraubengewinde, und es ist nicht möglich, anders als durch Drehen derselben eine Injektion zu verabreichen. Die Platin-Iridiumnadel hat eine Länge von 6 cm, um eine möglichst tiefe Einführung des Öles zu ermöglichen. Genaue Prüfungen ergaben, dafs jede Umdrehung des Kolbens eine ganz bestimmte gleichmäfsige Quantität des Inhalts hinausbeförderte, was von den meisten Spritzen des Handels nicht behauptet werden kann. Er verwendet eine Mischung nach folgendem Rezepte:

℞	*Vaselin. liquid.*	5,0
	Unguent. neapolitan.	2,0
	Hydrargyr.	39,0

Nach viertelstündigem Mischen

adde	*Vaselin. alb.*	14,0
	Vasel. liquid.	40,0

Dies gibt genau 40 % metallisches Quecksilber in Gewichtsprozenten. Man verabreicht in der Regel mit der angegebenen Spritze so viel als sich mittels 7 halben Umdrehungen entleeren läfst, was nach obiger Formel 94—95 mg metallischen Hg.s entspricht. Eine derartige Dosis wird nun alsbald nach Feststellung der Diagnose in wöchentlichen Intervallen gewöhnlich viermal, zuweilen nur dreimal und selten auch fünfmal verabreicht. Alsdann gönnt man dem Patienten zwei Monate Ruhe, worauf wieder eine Serie von vier Injektionen folgt. In dieser Weise wird vier Jahre hindurch mit Injektionen und Ruhepausen fortgefahren, nur dafs letztere mit der Zeit gröfser und die Injektionen seltener werden. Im ersten Jahre werden im ganzen 15, im zweiten 11, im dritten und vierten je 7 Injektionen gegeben. In den folgenden Jahren wird je nach Indikation injiziert. Natürlich sollen diese Zahlen nur einen Durchschnitt angeben und werden je nach den Fällen zu modifizieren sein. In bezug auf die Ausführung der Einspritzung gibt Verfasser auch genaue Anweisungen mit allen Einzelheiten. Er setzt die Kanüle schon vor dem Einstechen auf die Spritze auf, da er bei Beachtung der vorgeschriebenen Mafsregeln (Bauchlage des Patienten, Einstechen am Punkt von Galliot auf der Vorwölbung der Nates) das Anstechen

einer Vene nicht befürchtet. Bei 20000 Einspritzungen in den letzten 15 Jahren hat er nur fünfmal leichte Störungen 24 bis 36 Stunden nach der Einspritzung auftreten sehen, vorübergehende Symptome, welche allenfalls den Verdacht einer Embolie erwecken könnten. Bei diesem Modus der Behandlung betrachtet er den Patienten durchschnittlich nach sechs Jahren als so weit geheilt, dafs man den Heiratskonsens erteilen könne; lieber sei es ihm allerdings, wenn der Kranke das zehnte Jahr abwartet.

Die Radiotherapie bei Hautleiden, von Foveau de Courmelles. Radiodermatitiden — Allgemeinerscheinungen — Radiotherapie bei Lupus — Cutane Tuberkulosen und krebsige Affektionen — Wirkung auf die Haare und Dermatosen — Radiotherapie der Keloide. Diese Inhaltsübersicht genügt ungefähr als Referat über die Arbeit, welche im wesentlichen nur eine Zusammenstellung der wichtigsten Publikationen auf dem Gebiete der Behandlung mit Röntgenstrahlen und mit Radium darstellt. Verfasser schreibt sich (offenbar nicht ohne ein gewisses Selbstgefühl) die Erfindung des Ausdrucks Radiotherapie zu, doch begnügt er sich bei dieser Gelegenheit damit, hauptsächlich die Beobachtungen anderer Autoren wiederzugeben. Er erwähnt kurz, dafs er mit Radium von einer 10000gradigen Aktivität in 15 resp. 20 Sitzungen je einen Fall von Lupus vulgaris und Lupus erythematosus kuriert hat. Nach der Bestrahlung wurden Verbände mit salpetersaurem Phorium oder Salbe von Phorium oxid. aufgelegt. In bezug auf die gelegentlich erwähnte Fähigkeit der Röntgenstrahlen, die Haare dunkler zu färben, bemerkt Verfasser, dafs er auch bei Bestrahlung eines Mammacarcinoms eine gewisse Schwärzung der Haare bemerkt habe.

Philippi-Bad Salzschlirf.

La Syphilis.

Bd. III. Heft 8. August 1905.

I. **Über Syphilis bei Ammen und Säuglingen**, von A. Pinard - Paris. Die Gesellschaft für gesundheitliche und Sittenprophylaxe hat die Frage aufgeworfen, was zu tun sei gegen die Syphilis bei Ammen und Säuglingen im Gegensatz zu den noch recht unvollkommenen Mafsnahmen, die jetzt gebräuchlich sind, und bittet um praktische Vorschläge einer zu diesem Zwecke gewählten Kommission. Pinard als Präsident der Kommission gibt einen Bericht und seine eigenen Anschauungen und Wünsche zum Schutze der Ammen und Neugeborenen gegen die verheerende Syphilis. Er behandelt die Fragen:

1. Wie überträgt sich die Krankheit von den Säuglingen auf die Ammen?
2. Wie überträgt sich die Krankheit von der Amme auf das Kind?
3. Welche Mittel wendet man heutzutage an, um in beiden Fällen die Infektion zu verhüten?
4. Was ist in Zukunft in diesem Gebiete zu bessern?

Zum ersten Punkte bemerkt Verfasser, die Kinder können entweder gleich bei der Geburt sterben, sie können mit offenkundigen Zeichen von Syphilis auf die Welt kommen, sie können scheinbar gesund auf die Welt kommen und erst nach Tagen oder Wochen syphilitische Erscheinungen bekommen oder schliefslich auch erst nach drei bis zwanzig Jahren Zeichen hereditärer Lues bieten. Für die Ammen sind natürlich die scheinbar gesunden Kinder die gefährlichsten, da man ja Kinder mit sichtbarer Lues ihnen nicht übergeben wird. Ein Kind syphilitischer Eltern darf jedenfalls auch bei scheinbarer Gesundheit nicht oder wenigstens nicht in den ersten drei Monaten einer Amme anvertraut werden, da sonst leicht eine Infektion der letzteren stattfinden kann.

Zu Punkt 2 erklärt P.: „Die Infektion des Säuglings geschieht selten durch Ammen mit offenkundigen syphilitischen Symptomen, die ja der Arzt sofort kennt, oft aber durch solche, die sich im Inkubationsstadium der Syphilis befinden und noch keine sichtbaren Zeichen aufweisen. Es ist daher stets eine peinlichste Besichtigung der Amme und eine möglichst genaue Anamnese notwendig, um Unheil für den Säugling zu verhüten.

Wenn man auch an einigen Stellen schon manches getan hat, um die wechselseitige Infektion von Ammen und Säuglingen einzuschränken und zu verhindern, so muſs man doch noch schärfere Maſsregeln anwenden, um den immerhin noch groſsen Prozentsatz zu verkleinern. Als solche Maſsregeln schlägt P. vor:

1. Wenn möglich, so soll jede Mutter ihr Kind selbst nähren.

2. Es muſs eine allgemeine Belehrung über die Gefahr der Syphilis und die Art der Übertragung durch das Nährgeschäft gegeben werden.

Zum Schutze der Ammen empfiehlt sich eine prophylaktische Behandlung der Eltern vor der Zeugung und während der Schwangerschaft und eine Belehrung der Eltern, daſs ihr Kind für jede Frau auſser der eigenen Mutter eine Infektionsgefahr in sich birgt. Die Amme selbst darf nur ein Kind an die Brust nehmen, welches durch ärztliches Attest die Garantie bietet, daſs es nicht imstande ist, die Amme anzustecken. Tritt trotzdem eine Infektion der Amme durch den Säugling ein, so muſs dieselbe durch Gesetz so geschützt und entschädigt werden, als ob es sich um einen Betriebsunfall handelt.“

Zum Schutze der Säuglinge muſs jede Amme, die von einem Säugling zu einem anderen übergeht, ein medizinisches Gutachten bringen, daſs das bisher gestillte Kind absolut gesund ist. Ohne dieses darf eine Amme innerhalb zwei Monaten kein anderes Kind an die Brust legen. Von der Befolgung dieser strikten Maſsregeln hofft P. einen bedeutenden Rückgang der Infektionen von Amme zum Kinde und umgekehrt.

In der Diskussion erwähnt Hounorat, was bisher von den gesetzlichen Organen bisher in der Frage geschehen und in den einzelnen Bezirken angeordnet ist. Auch er erkennt an, daſs die bisherigen Maſsregeln nicht genügen und stimmt im ganzen mit Pinard überein, auch er fordert ein Gesundheitsattest für die Amme bei Antritt jeder neuen Stelle, eine polizeiliche Forderung für die Ammenbesorgungsbureaus, einer medizinischen Untersuchung der Amme vor Antritt ihres Dienstes in ganz Frankreich, sowie eine genaue ärztliche Untersuchung der Säuglinge, bevor sie einer Amme anvertraut werden. Bar betont, daſs oft zu ihm Ammen ohne Attest kommen. In einer Schluſsnote betont Barthélemy, daſs man öfters, wo die Mütter nicht nähren können, die Kinder nur durch Ammen retten kann, besonders solche schwache Kinder, deren Eltern früher Lues hatten, aber gut behandelt waren, natürlich dürfen die Kinder keine Lueszeichen haben, wenn man sie der Amme gibt. Er sah dabei nie eine Infektion der Amme.

II. **Primäraffekte der Mamma. Syphilisübertragung durch Stillen,** von Gravagno-Catano. G. stellt eine junge verheiratete Frau vor, welche nach dem Tode ihres dritten Kindes aus Verzweiflung eine Ammenstelle erhielt. Durch dieses Kind wurde sie infiziert, es entstanden vier Wochen nach Anlegen des fremden Kindes, an welchem sie nach einiger Zeit Rhagaden am Munde bemerkte, welche jeder lokalen Therapie trotzten, an der einen Mamma ein Geschwür, an der anderen zwei, welche sich bald als syphilitische Primäraffekte entpuppten, denen nach der gewöhnlichen Zeit Drüsenschwellungen und allgemeines Exanthem folgten. Die Infektion war also durch das Stillen des fremden syphilitischen Kindes bei der unglücklichen Frau erfolgt. Der Fall beweist die Notwendigkeit einer peinlichen Untersuchung Neugeborener

durch spezialistisch ausgebildete Ärzte und die Notwendigkeit eines Gesundheitsattestes der Eltern des Kindes. Man sollte daher schwache, im Ernährungszustande zurückgebliebene, scheinbar gesunde Kinder, deren Anamnese unbekannt, lieber künstlich ernähren, um solche Ammeninfektion zu vermeiden, jedenfalls aber sie in den ersten drei Monaten keiner Amme übergeben.

III. **Allgemeinparalyse und Syphilis**, von Alfred Fournier (Fortsetzung). Motel steht im ganzen auf dem Boden Fourniers. Durch eine grofse Statistik zeigt er, dafs die Syphilis bei den Frauen der besseren Stände selten ist, und dem entsprechend auch die allgemeine Paralyse; dagegen ist letztere häufig bei ausschweifenden Weibern und besonders Prostituierten, die ja auch die häufigsten Opfer der Syphilis sind.

Cochil ist der Ansicht, es gibt keine anatomische Ähnlichkeit zwischen der Allgemeinparalyse und den charakteristischen syphilitischen Neubildungen, doch mufs man bei der Meningo-Encephalitis den ätiologischen Ursprung der Syphilis anerkennen, ebenso wie die Krankheit durch Gemütsbewegungen, geistige Überanstrengungen oder Heredität entstehen kann bei Leuten, die nie Syphilis gehabt haben. Jedenfalls aber ist Syphilis die häufigste ätiologische Quelle.

Raymond betont nochmals seinen Standpunkt, dafs die Paralyse hervorgerufen wird durch Toxine, die sich in einem durch konstitutionelle Syphilis veränderten Körper bilden. Er steht also auch auf dem Standpunkte eines Zusammenhangs zwischen den beiden Krankheiten.

Das Schlufswort Fourniers weist nochmals auf seine Beobachtungen hin, die den Zusammenhang zwischen Lues und Paralyse begründen.

1. Die aufserordentliche, allseitig anerkannte Häufigkeit syphilitischer Antecedentien bei den Allgemeinparalytikern,
2. die bedeutende Zahl der Syphilitiker, welche Paralyse kriegen,
3. die Seltenheit der Paralyse der Frauen,
4. die relative Seltenheit auf dem Lande, bei den Geistlichen, den Frommen und Quäkern,
5. die gröfsere Häufigkeit vorhergegangener Syphilis bei Paralytikern als bei anderen Kranken,
6. die gewöhnliche Verbindung der Paralyse mit der Tabes,
7. das Vorkommen einer Paralyse in der Jugend bei hereditär Syphilitischen.

Dann bespricht Fournier die verschiedenen Statistiken, die ihm meist Recht geben, um nun auf die praktische Seite der Behandlung überzugehen. Durch seine reichen Erfahrungen stellt F. fest, dafs bei weitem der gröfste Prozentsatz der Paralytiker, 95 %, eine ungenügende syphilitische Behandlung durchgemacht hat und nur 5 % Paralyse bekamen trotz energischer Behandlung, ein Beweis für den relativen prophylaktischen Wert einer energischen, drei Jahre lang dauernden Merkurbehandlung.

Lauvereaux betont, dafs Statistiken für ihn wenig Wert haben, nur Beobachtungen und Experimente können wissenschaftliche Wahrheiten hervorbringen.

(Fortsetzung folgt.)

IV. **Über die Diagnose der Syphilis im Augenblicke der Geburt. Mafsregeln zum prophylaktischen Schutze der Ammen**, von Gaillеton. Die Symptome, die man beim neugeborenen Syphilitischen findet, sind teilweise pathognomisch, wie Erscheinungen der Haut und Schleimhäute, Coryza, syphilitische Erscheinungen innerer Organe oder doch der Knochen, teils nicht spezifisch, wie man sie ähnlich auch bei anderen Krankheiten antreffen kann: Heftige Ernährungsstörungen, Gewichtsverlust des Foetus, Placentaveränderung, Kleinheit, altes und dekrepides Äufsere,

Ikterus, Milzvergrößerung. Letztere Erscheinungen sind, wo äußere sichere Zeichen fehlen, von großer Wichtigkeit, um Kinder als verdächtig zu betrachten und sie nicht sofort einer Amme zu geben, die man dann der Gefahr einer Infektion aussetzt. Eine wichtige Rolle spielt das Verhältnis des Gewichts des ausgetragenen Foetus zu dem der Placenta, normalerweise ist es $^1/_6$, bei der Syphilis ist die Placenta schwerer, $^1/_5$—$^1/_4$. Seine Maßregeln zum Schutze der Ammen decken sich ungefähr mit den oben erwähnten von PINARD.

V. **Über Nephritis luetica in der Sekundärperiode,** von JOSSERAUD. Beschreibung eines einschlägigen Falles, der nichts Neues bietet und nur kasuistischen Wert hat wegen der relativen Seltenheit der Affektion. *Bernhard Schulze-Kiel.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

1905. Nr. 2.

1. **Das Melanom,** von JAMES C. JOHNSON-New York. Die mit einer Reihe trefflicher, zum Teil kolorierter histologischer Abbildungen ausgestattete Arbeit lehnt sich an eine reichhaltige Kasuistik an und kommt etwa zu folgenden Ergebnissen: Abgesehen von der natürlichen Einteilung in chorioide und cutane Geschwülste zeigen die melanotischen Tumoren, welche man wegen der Verschiedenartigkeit ihrer Entstehung am besten unter dem Sammelnamen Melanome zusammenfaßt, verschiedene Abarten. Die häufigste und wichtigste Form ist jene, welche von weichen Naevis abstammt und Endotheliome von Lymphgefäßsabstammung darstellt. Zu derselben Art sind die Naevimelanome zu zählen, deren Histogenese sich nicht genau bestimmen läßt. Eine zweite Abart zeigt die gleichen histologischen Bilder, dieselbe entspringt aber nicht von Naevis, sondern ist ätiologisch auf Endothel zurückzuführen, ist also wahrscheinlich lymphatisch. Diese Gruppe umfaßt auch das melanotische Nagelgeschwür (Melanotic WHITLOW HUTCHINSON) und die malignen Lentigines der Franzosen. Die dritte Kategorie ist rein epitheloiden Ursprungs, obwohl man deren Existenz bestritten hat. Diese Geschwülste zeigen wieder verschiedene Typen und nur geringe örtliche Neigung zu Bösartigkeit, wodurch sie grundsätzlich sich von den Melanoendotheliomen unterscheiden. Zwischen beiden läßt die histologische Untersuchung die Differentialdiagnose zu.

2. **Das Adrenalinchlorid bei Hämorrhagien und angioneurotischen Krankheiten der Haut,** von GRANVILLE MAC GOVAN-Los Angeles. Verfasser hat seit der ersten Empfehlung durch TAKAMINE Adrenalinchlorid äußerlich wie innerlich angewendet, ohne daß je schlimme Zustände aufgetreten wären. Die von ihm gegebenen Dosen erhoben sich dabei über die vom ersten Autor angegebenen Quanten. Er gibt die Krankengeschichten mehrerer Fälle von hämorrhagischen Dermatosen an, bei denen Adrenalin gute Dienste getan hat. Ein Fall betraf eine ausgebreitete Purpura bei einem drei Tage alten Kinde, welchem MAC GOWAN eine Woche lang alle zwei Stunden einen halben Tropfen einer 1%igen Adrenalinlösung verabreichen ließ. 24 Stunden nach der ersten Darreichung hellte sich die Purpura schon auf, das Kind nahm wieder gern die mütterliche Brust. Nach zwei Tagen traten keine neuen Hämorrhagien mehr auf, die alten blaßten ab. Warm empfiehlt Verfasser auch die Adrenalintherapie bei Erythema multiforme.

März 1905.

1. **Die FORDYCEsche Krankheit,** von CHARLES J. WHITE-Boston. In der Zeit vom 15. August bis 1. Oktober 1904 beobachtete der Verfasser das Material seines Hospitals wie seiner privaten Praxis auf das Vorkommen der sogenannten FORDYCEschen Krankheit und konnte vom Krankenhausmaterial bei 540 dermatologischen Zugängen

50 mal, d. h. in 9¾ %, das Leiden entdecken; in der Privatpraxis sah er es gleichzeitig 14 mal. Die Krankheit besteht in der Anwesenheit kleiner, unregelmäfsiger, milchkaffeefarbiger Flecken und Papeln. Ihre Gröfse wechselt von Nadelspitze bis Nadelkopf. Ihre Begrenzung ist rund oder vieleckig, mosaikartig. Meist sind sie bei Berührung nicht wahrnehmbar, ausgenommen auf der Unterlippe, wo sie zuweilen eine kuppelartige, papulöse Beschaffenheit annehmen. Teils hat man es nur mit einzelnen dieser Effloreszenzen, teils mit einem richtigen, soliden, längs der Lippen verlaufenden Bande von solchen Prozessen zu tun. In allen Fällen ist die Oberlippe, seltener auch die Unterlippe affiziert. Meist werden die Träger der Affektion erst durch einen Zufall darauf aufmerksam. Das männliche Geschlecht betrug zwei Drittel der beobachteten Kranken. Das Alter derselben schwankte zwischen 9 und 71 Jahren, die Jahre 20 bis 40 herrschten vor. Etwa 70 % der beobachteten Kranken litten an Krankheiten seborrhoischen Charakters, 77 % auch an Dyspepsie. Letztere Verhältnisse sind auch nach Verfassers Ansicht für die Ätiologie in Betracht zu ziehen.

2. **Dermatitis coccidioides,** von Douglas W. Montgomery. Neuerdings ist ein neues Krankheitsagens entdeckt worden, das der Dermatitis coccidioides. Der Pilz wächst schnell bei gewöhnlicher Bruttemperatur auf fast allen bekannten Kulturmedien. Auf festem Boden ähnelt der Pilz sehr dem Ringwormpilz, in flüssigen Medien bildet er wolkige Ballen wie Distelflaum. Er ist pathogen für eine grofse Anzahl von Tieren, doch nur in grofsen Dosen tödlich. Sowohl beim Menschen wie bei niederen Tieren erzeugt der Pilz die beste Mimikry der Tuberkulose. Auf Tieren beziehentlich Menschen gleicht der Organismus ganz und gar nicht dem Pilze, wie er auf den Kulturen wächst, sondern erscheint in der Form kleiner, runder Kugeln mit doppelt lichtbrechender Kapsel. In den Geweben erzeugt er durch Bildung kleiner Kugeln in seinem Innern grofse Ballen, welche bersten und die kleinen Innengebilde ins Gewebe treten lassen. Bisher wurde die Krankheit bis auf zwei Fälle nur in Kalifornien beobachtet. Dieser Fungus coccidioides wurde zuerst von Rixford-San Francisco gesehen, der mit Gilchrist die ersten Krankheitsfälle von Dermatitis coccidioides veröffentlichte.

3. **Ein Fall von multiplen Talgdrüsencysten,** von Alexander Mc. Phedran-Toronto. Der vom Verfasser beschriebene Fall, welcher einen 25jährigen, sonst gesunden Mann betraf, zeichnet sich durch die Unmenge der beobachteten Cysten aus, welche eine Zahl von vielen Hunderten ausmachen. Drei beigefügte Abbildungen erläutern das klinische Bild recht gut. Die Therapie der mit Comedonenbildung und Akne einhergehenden Dermatose bestand in Spaltung der Cysten mit Auskratzung, vielfach mit nachfolgender Karbolätzung. Bei der Unzahl der einzelnen Cysten ging die Besserung nur langsam vorwärts. *Hopf-Dresden.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

1905. Nr. 2.

1. **Darf man aus leichten Frühsymptomen der Syphilis auf spätere Prozesse des Nervensystems schliefsen?** von Howard P. Collings-Hot Springs. Der Verfasser bejaht diese Frage insofern, als er betont, wie leichte Fälle von Frühstadien der Syphilis den Arzt und Kranken verleiten, weniger Merkur zu geben und zu nehmen, als erforderlich ist. Und bei solchen relativ wenig behandelten Syphilisfällen erkrankt dann allerdings das Nervensystem später häufig. Auch die Darreichung der Jodpräparate statt der Quecksilberanwendung im Frühstadium der Lues ist aufs heftigste zu tadeln.

2. **Ein Beitrag zum Studium der Prognose der Syphilis,** von Noah E. Aronstam-Detroit. Die Syphilis ist eine jedenfalls heilbare Krankheit, zumal

wenn man mit ihrer Behandlung rechtzeitig begonnen hat. Die letztere hat sich auf wenigstens drei oder auf vier Jahre zu erstrecken, um ein Wiederaufflackern des Krankheitsprozesses hintanzuhalten. Sind wenigstens zwei Jahre ohne Symptome vergangen und hat währenddem das Körpergewicht ständig zugenommen oder nicht abgenommen, oder ist gesunde Nachkommenschaft erschienen, so kann man bei einem Syphilitiker von völliger Genesung reden. Doch ist hinzuzufügen, daſs Ausnahmen vorkommen.

3. **Ein Fall von tuberösem Jodexanthem der Nase nach Jodkaliumgebrauch**, von M. J. Epstein - St. Louis. Die Affektion betraf einen 43jährigen Mulatten, der wegen einiger syphilitischer Beingeschwüre eine gemischte spezifische Behandlung durchgemacht, aber die Kur vorzeitig unterbrochen hatte. Heftige Knochenschmerzen des kranken Beines zwangen den Kranken, abermals den Arzt aufzusuchen, und dieser verordnete ihm neben Quecksilbereinreibungen Jod in groſsen Dosen (bis dreimal täglich 3,5 g). Einige Wochen darauf trat das übrigens schmerzhafte Jododerma auf, welches die unteren zwei Drittel der Nase einnahm und mehrere Zentimeter über der eigentlichen Oberfläche der Haut erhaben war. Die Wucherung begann sogleich nach Aussetzen der Joddarreichung zurückzugehen.

4. **Die dauernde Heilung der Acne rosacea durch Elektrolyse**, von Fitzpatrick - Chicago. Was die Ätiologie betrifft, so können wohl Kaffee, Tee und Alkohol die rote Nase in ihrer Entstehung begünstigen, aber keineswegs hervorrufen. Das Leiden findet sich meist bei Personen, die häufigem und plötzlichem Temperaturwechsel ausgesetzt sind. Der Nutzen der elektrolytischen Behandlung im ersten und zweiten Stadium der roten Nase ist bekannt. Zwar tritt schon meist nach einer Sitzung auffallende Besserung ein, nötig zur Heilung sind aber drei Eingriffe. Man beginnt mit einer Stromstärke von 2 bis 3 Milliamperes und steigt, je weiter man sich von der empfindlichen Nasenspitze zur Nasenwurzel vorwärts bewegt. Die Nadel bleibt an einem und demselben Punkte eines Gefäſses $^1/_2$ bis 1 Minute stecken.

5. **Ein Fall von papillomatöser Harnröhrenentzündung**, von Gardner W. Allen - Boston. Verfasser sah trotz häufigen Gebrauchs des Endoskops in seiner Praxis nur diesen einzigen Fall von Papillomen der Harnröhre, einen zweiten hatte er in der Praxis eines befreundeten Kollegen zu sehen bekommen. Das Leiden ist recht selten. Die Symptome bestehen in chronischem Harnröhrenausfluſs, Miktionserschwerung, Harndräufeln und nächtlichen Emissionen. In dem vom Verfasser beobachteten ersten Fall war die gesamte Urethra anterior mit Papillomen ausgefüllt, die alle mit der Kurette entfernt wurden, worauf Heilung der Symptome eintrat. Im zweiten Fall war die Pars posterior ebenfalls ganz frei, die Warzen wurden teils mit der Kurette entfernt, teils durch Betupfen mit dem Höllensteinstift oder 50 %iger Chromsäurelösung zum Schwinden gebracht.

6. **Über die Diagnose des Blasensteins und über einen ungewöhnlichen, mit Pneumaturie verbundenen Fall davon**, von Algernon T. Bristow - Brooklyn. Daſs der Blasenstein in der Heimat des Verfassers so selten zur Beobachtung kommt, liegt nach ihm zum gröſsten Teil daran, daſs die Diagnose nicht richtig gestellt wird. Bei sechs Kindern unter fünf Jahren, die er operativ behandelte, war in allen sechs Fällen der Stein nicht diagnostiziert worden. Es folgt eine Beschreibung der klinischen Erscheinungen bei Blasensteinkrankheit sowohl Erwachsener als von Kindern. Zum Schlusse berichtet Verfasser über den Fall eines 30jährigen Herrn mit Phosphat- und Uratsteinen sowie während sechs Wochen anhaltender Pneumaturie. Fast bei jeder Miktion gingen Luftblasen durch die Urethra ab, was zum Teil lebhaftes Geräusch verursachte, so daſs man dasselbe einmal in einem Nebenraume gehört hat. Allmählich gesellten sich zu diesen Erscheinungen und den Blasenkrämpfen

ausgedehnte Blutungen, worauf endlich der Kranke sich in des Verfassers Behandlung begab.

7. **Einige Formen der Albuminurie, verbunden mit Nierenspannung, und deren Behandlung**, von Reginald Harrison - London. Verfasser exemplifiziert von dem Segen des chirurgischen Eingriffes bei gewissen Spannungszuständen des Auges (Glaukom) auf den Nutzen gleicher Behandlung bei Erkrankungen mit erhöhter Spannung in den Nieren, beruhend auf Albuminurie. Er berichtet über drei solcher von ihm erfolgreich chirurgisch behandelten Nierenerkrankungen. Das eine war eine Scharlachniere; der zweite Fall betraf eine Erkältungsnephritis, der letzte eine Nierenentzündung nach Influenza.

8. **Geschlechtswandlungen und psychische Impotenz**, von Kiernau-Chicago. Die Ausführungen des Verfassers über sexuelle Zwischenstufen bieten nichts Neues. Interessant ist eine registrierte Angabe, dafs Neugebauer 51 Fälle von Nichtigkeitserklärungen von Ehen in Deutschland und Österreich aus den letzten Jahren zusammengestellt hat. 47 davon betrafen Männer, 4 Frauen. Es hatten drei Frauen pseudohermaphroditische Frauen geheiratet. In einem Falle war ein Ehemann mit einem recht gut ausgebildeten Manne verheiratet. In einem anderen Falle lebte ein pseudohermaphroditischer Mann mit drei Ehemännern nacheinander. Der letzte von diesen liefs sich wegen venerischer Ansteckung scheiden.

1905. Nr. 3.

1. **Einige vernachlässigte klinische Punkte bei Syphilis**, von Samuel Horton Brown-Philadelphia. Die Mitteilung enthält nichts Bemerkenswertes, was die Klinik der Syphilis betrifft. Beachtenswert erscheint die Angabe, dafs in Philadelphia die schlimmsten Fälle von cutaner Lues bei der Negerbevölkerung vorkommen, während innere Geschwüre und Gummenbildungen bei der weifsen Rasse häufiger zu sein scheinen.

2. **Ein Beitrag zu Staphylokokkendermatosen**, von William Frick-Kansas City. Kasuistische Betrachtungen ohne weiteres Interesse.

3. **Elephantiasis des Hodensacks**, von William Francis Campbell-Brooklyn. Verfasser gibt die durch zwei Bilder erläuterte Krankengeschichte eines 58jährigen Kranken mit Elephantenwuchs des Skrotums, dessen erste Ursache in einem doppelseitigen Leistenbruche bestand. Durch Lymphstauung, verursacht durch Druck des beiderseitigen Bruchbandes, ist es dann allmählich zur jetzigen Krankheit gekommen. Eine umfassende Operation stellte in Gestalt der Amputation des verdickten Hodensacks wieder normale Verhältnisse her.

4. **Bemerkungen über einige neuere diagnostische Hilfsmittel bei Urogenitalerkrankungen**, von F. D. Gray-Jersey City. Die Abhandlung bespricht die Methode der Cystoskopie, der genauen Bestimmung der funktionellen Kapazität der beiden Nieren zusammen oder der einen allein. Das beste Instrument ist nach Gray das deutsche Beckmannsche Cystoskop in Verbindung mit dem Harrisschen oder Luysschen Urinseparator. Die Konstruktion letzterer beider Instrumente darf als bekannt vorausgesetzt werden. Verfasser möchte das etwas kompliziertere, aber sicherer wirkende Instrument von Harris vorziehen. Dasselbe besteht aus einem doppelten, longitudinal getrennten Metallkatheter und einem hebenden Arm, der beim Weibe in die Vagina, beim Manne in das Rektum eingeführt wird und beim Hochziehen gegen die Katheterschäfte drängend die Blase von hinten her in eine rechte und linke Hälfte teilt.

5. **Psychische Impotenz**, von William Lee Howard - Baltimore. Verfasser beschreibt einen Fall von psychischer Impotenz bei einem 40jährigen Universitätsprofessor. Derselbe hat nur einmal, und zwar als 14jähriger Junge, mit einem 11jährigen Mädchen den Geschlechtsakt normal ausgeführt. Später hat er zwar ab und zu

Empfindungen für Weiber gehabt, dabei aber nie Erektionen beobachten können. Allmählich bildete sich bei ihm der Gedanke aus, jedes weibliche Wesen betrachte ihn mit Zorn und jeder Mann verabscheue ihn. Die Arbeitskraft schwand und der Kranke verliefs seine Lehrtätigkeit und hegte Selbstmordgedanken. In dieser Zeit wandte er sich, um seinen Kummer zu betäuben, dem Alkohol zu, wonach sich bald ein aktives homosexuelles Gefühl einstellte. Doch auch die Befriedigung dieser Neigung befriedigte den Kranken nicht, sondern ekelte ihn selber an. Interessant ist aus der Anamnese des Patienten seine Erziehung durch einen streng puritanischen Vater ausgeprägtester Observanz. Keinerlei Vergnügen des Kindesalters wurden dem Kranken erlaubt. Fufsballspiel war verboten; Schwimmen war nicht erlaubt, da es unanständig sei, den nackten Körper zu zeigen. Noch mit 18 Jahren hatte der junge Mann nichts über das Geschlechtsleben und sexuelle Hygiene von den Eltern gehört. Die Therapie bestand, da normale Genitalien vorhanden waren, in rein psychischen Mafsnahmen — Hypnose, täglich zweimal. Die Heilung erfolgte binnen neun Wochen.

6. **Über Litholapaxie und Lithotripsie bei Hunden**, von Reginald Harrison-London. Die Abhandlung betont die Ähnlichkeit der Verhältnisse von Blasensteinen bei Hunden, sowohl was die klinischen Symptome als auch was die operative Therapie betrifft. Bezüglich der letzteren glaubt Harrison, dafs die suprapubische Cystotomie weniger Erfolg verspricht als die Lithotripsie von der Urethra aus. Die Hunde scheinen weniger Neigung zu Steinrezidiven zu haben als die Menschen. Auch einige Fälle von Nephrolithiasis mit grofsen Steinen beobachtete Verfasser beim Hunde und glaubt, dafs sich auch hier die Nephrolithotomie ausführen läfst.

7. **Samenblasenschnitt**, von Fuller. Verfasser operierte bislang 33 mal die erkrankten Samenbläschen mit Erfolg. Näheres über Technik ist nicht zu ersehen. Es mufs acht gegeben werden, dafs Mastdarmwand, Harnröhre, Blase und Harnleiter, in zweiter Linie das Bauchfell nicht verletzt werden. Bei Tuberkulose der Samenbläschen ist die Operation kontraindiziert. *Hopf-Dresden.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1905. Heft 3.

Beitrag zur Klassifikation und Symptomatologie der nicht-blennorrhoischen Urethritiden, von Franceschini. Der Verfasser teilt diese nicht spezifischen Entzündungen der Harnröhre in folgende Klassen ein: 1. Urethritiden infolge von sauren Dyskrasien (Oxalsäure, Harnsäure, Phosphorsäuredyskrasien infolge von dyspeptischen Störungen, von Diabetes, herpetische Diathese, bei Fettsüchtigen). 2. Konstitutionelle Urethritiden (lymphatische und skrophulöse, chronischer progressiver Rheumatismus, Hämorrhoiden). 3. Urethritiden infolge von seniler Involution (Prostatahypertrophie, Arteriosklerose, Arteriitis der Nieren). 4. Termische Urethritiden (Kälte- oder Hitzewirkung). 5. Erotische Urethritiden (Abusus in venere, Onanismus ex libidine). 6. Traumatische Urethritiden (nach direkter Läsion, nach indirekten, Zweirad, Reiten, nach Injektionen in die Harnröhre). 7. Urethritis infolge von lokalen Reizen (nach Coitus mit einem an Leukorrhoe und ulcerierender Metritis leidenden oder menstruierenden Weibe). 8. Urethritis ex ingestis (Bier, Alkohol im allgemeinen, Medikamente, wie Jodkalium, besondere Speisen, wie Spargel, Wild, Tomaten).

Klinischer und histologischer Beitrag zur Kenntnis der Hautsarkome, von Migliorini. In einem ersten Teile behandelt der Verfasser die solitären Hautsarkome, im zweiten werden die multiplen zur Beschreibung gelangen, im dritten die multiplen, pigmentierten, systematisch verteilten, primären Hautsarkome. An der Hand von klinischen Beispielen wird die histologische Struktur der verschiedenen Hautsarkomvarietäten beschrieben. (Fortsetzung in nächster Nummer.)

Über eine neue Formel zur Bereitung von Teer- und Anthrasolbädern, -Waschungen und -Einpackungen, von Prof. Mibelli. Erschien in ausführlicher Übersetzung in *dieser Zeitschrift.*

Zur Ätiologie der Syphilis, von A. Pasini. Der Verfasser behandelt in einem ersten Kapitel die bakteriologischen Untersuchungen, die in diesem Gebiete gemacht wurden, und zählt alle die Mikrobienarten auf, die von ihren Entdeckern als spezifische erklärt worden und von denen die Erfahrung gezeigt, dafs es sich um zufällige Befunde handelt. Es gibt wohl Mikroorganismen bei der Syphilis, aber keine spezifischen Mikroorganismen der Syphilis. In einem zweiten Kapitel wird die Geschichte der Serotherapie der Lues behandelt und ebenfalls konstatiert, dafs die angeblichen Erfolge derselben rein illusorisch waren. In dieser Arbeit werden die neuesten Entdeckungen von Schaudinn noch nicht berührt. (Wird fortgesetzt.)

Über die neuesten Entdeckungen von Protozoen bei der Syphilis, von A. Pasini. Nach einer Zusammenfassung der letzten Veröffentlichungen von Schaudinn und Hoffmann über die beiden vermeintlichen spezifischen Erreger der Lues (Cytorrhyktes luis und Spirochaeta pallida) kommt der Verfasser zum Schlusse, dafs es verfrüht wäre, aus den jetzigen Befunden definitive Schlüsse zu ziehen, was übrigens die Entdecker der genannten Pilze sich wohl gehütet haben, zu behaupten. Es soll erst bewiesen werden, dafs diese Mikroorganismen nicht blofse Saprophyten sind, oder ob die eine oder die andere Form derselben wirklich der eigentliche Erreger der Krankheit ist, oder endlich, wenn letzteres der Fall, ob die eine nicht eine höhere oder niedere Entwicklungsstufe der anderen darstellt. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Physiologie des Menschen in vier Bänden. Herausgegeben von W. Nagel-Berlin. 3. Band, 2. Hälfte und 1. Band, 1. Hälfte. (Braunschweig, Friedrich Vieweg und Sohn.) Von dem grofsen Handbuch Nagels, zu dem jetzt schon ein auf 2 Teile berechneter Ergänzungsband angekündigt wird, liegt nunmehr der 3. Band, die Physiologie der Sinne enthaltend, vollständig und vom 1. Band, die Physiologie der Atmung, des Kreislaufs und des Stoffwechsels enthaltend, die erste Hälfte vor.

Die zweite Hälfte des dritten Bandes bringt den Rest der Darstellung des Gesichtssinnes, dann die Physiologie des Gehörs-, Geruchs- und Geschmacksinnes, der Druck-, Temperatur- und Schmerzempfindungen und der Lage-, Bewegungs-, und Widerstandsempfindungen. Die Physiologie der Druck-, Temperatur- und Schmerzempfindungen, d. i. der Hautsinne, hat Torsten Thunberg-Upsala behandelt. Die eingehende, 86 Seiten umfassende Arbeit zeigt so recht deutlich, wie lückenhaft unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete noch sind: der sichergestellten, einwandfreien Tatsachen gibt es recht wenige, in der Hauptsache sind es Theorien und Hypothesen und Wahrscheinlichkeiten, die uns vorgetragen werden. — Die Empfindungen von Kitzel und Jucken, die zu den interessantesten Erscheinungen im Bereiche der Hautsinnesphysiologie gehören, sind höchst wahrscheinlich als zwei voneinander verschiedene Empfindungsqualitäten zu betrachten. Die Anschauung der Dermatologen, dafs das Jucken (Pruritus) ins Gebiet der Parästhesien gehört, d. h. in dem gesunden Körper so gut wie fremdes Gefühl ist, ist nach T. falsch; das geht schon aus der Tatsache

hervor, dafs typisches Jucken mit Leichtigkeit hervorgerufen werden kann, indem man eine feine Stecknadelspitze mit einer abgepafsten Belastung (von etwa 1 g) gegen die Haut drückt. Ob Kitzeln und Jucken nur Druck- bezw. Schmerzempfindungen sind, die durch einen besonderen Gefühlston, durch ihre Irradiation und ihre Tendenz, Reflexe auszulösen, einen besonderen Charakter erhalten haben, oder ob sie abgegrenzte selbständige Empfindungsqualitäten sind, ob sie, wenn das letztere der Fall ist, durch besondere Nerven ausgelöst werden, all das ist zurzeit noch nicht entschieden.

Die erste Hälfte des zweiten Bandes enthält folgende Kapitel: Die Atembewegungen und ihre Innervation, Blutgase und respiratorischer Gaswechsel, allgemeine Physiologie des Herzens und die Innervation des Herzens und der Blutgefäfse.

Götz-München.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von M. Joseph-Berlin. I. Teil: **Hautkrankheiten.** (Georg Thieme, Leipzig 1905. 5. Aufl.) Die hier vorliegende fünfte Auflage des wohlbekannten und allgemein geschätzten Lehrbuchs ist entsprechend den Fortschritten der Dermatologie verbessert und ergänzt worden und wird demgemäfs auch den Kreis seiner Freunde stetig vergröfsern. Ein genaueres Eingehen auf das Werk darf sich Referent deshalb auch wohl versagen. Als Einzelheiten, die beim Durchblättern auffielen, mag erwähnt sein, dafs die Behandlung des Trichophyton tonsurans capitis mit Röntgenstrahlen in der nächsten Auflage wohl eine eingehendere Besprechung finden dürfte, als ihr jetzt zuteil geworden ist. Auch sei bemerkt, dafs Unna beim Xeroderma pigmentosum Salzsäure empfohlen hat. Bei der Armut an sonstigen Mitteln für dieses Leiden lohnt es sich schon, einen Versuch damit zu machen. Im übrigen ist gerade die Vollständigkeit, womit alle Einzelheiten des Gebietes, so weit es für ein Lehrbuch angängig ist, in die Besprechung einbezogen sind, ein Hauptvorzug des Buches, welches in seiner Art zu den besten modernen Werken gehört.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die therapeutische Anwendung des Anästhesins in der Heilkunde, von Königschmied-Weistrach. (*Heilkunde.* Febr. 1904.) H. hat in der Chirurgie überall, wo Ätzungen notwendig waren oder vor der Vereinigung klaffender Wunden, auch vor Kauterisationen mit dem Paquelin, besonders auch bei Kindern und sehr empfindlichen Patienten das Anästhesin auf die Wunde mittels Pinsels aufgestreut, zehn Minuten wirken lassen und dann erst den Eingriff vorgenommen. Bei vorhandenen Schmerzen läfst nach Anwendung des Anästhesins der Schmerz schon nach ein bis zwei Minuten nach; dann darf man aber den Eingriff noch nicht vornehmen, sondern man mufs erst warten, bis das Mittel seine Wirkung auch auf die tiefer liegenden Schichten entfaltet hat. Nach etwa zehn Minuten, bei Kindern nach einer Viertelstunde, kann man Tiefätzungen vornehmen, ohne Klagen über Schmerzen zu vernehmen. Auch bei schmerzhaften Hauterkrankungen und Geschwüren bringt die Betäubung mit Anästhesin eine auffallende Gefühllosigkeit hervor. Bei Hautjucken genügt Einreiben einer 10 %igen Anästhesinsalbe (Anästhesin 10,0, Vaselin 20,0,

Alapurin 70,0) oder Bedecken der juckenden Stellen mit einem Anästhesinsalbenfleck. Bei den verschiedenen Formen von Stomatitis genügt Bestäuben mit Anästhesin oder Bestreichen mit Mucilago anaesth.:

℞ *Ol. Amygd. dulc.*
Spirit. vin. rectif.
Mucil. gummi arab. ää 15,0
Mf. Emulsio, adde
Anaesthesin. 1,0
Syr. simpl. 15,0
MDs. Zum Pinseln.

Zu dieser Emulsion kann man Mittel wie Kalium chloric., Kalium permang., Natrium salicyl. zusetzen, ohne daſs selbst bei Kindern Schmerzenswahrnehmung oder -Äuſserung einträte. *Putzler-Danzig.*

Der farblose Teer-Anthrasol in der Hand des praktischen Arztes, von Vincenzo Mayer-Neapel. (*Deutsche Praxis.* 1904. Nr. 17.) M. hatte Gelegenheit, bei den folgenden Hautkrankheiten das Anthrasol auf seine Wirksamkeit zu prüfen:

Sykosis vulgaris	5	Fälle
Trichophytie	7	„
Ekzema marginatum	12	„
Pruritus cutaneus	11	„
Scabies	3	„
Lichen	3	„
Psoriasis	4	„

Bei der Sykosis wurde nach sorgfältiger Depilation und Beseitigung der akuten Entzündungserscheinungen folgende Salbe mit gutem Erfolg angewandt:

Anthrasol
Sulf. praecip.
Sapon. virid ää 10,0
Lanolin
Vaselin. ää ad 100,0

Auch bei der Trichophytie entsprach das Anthrasol den gehegten Erwartungen in Form der 10%igen Anthrasolglycerinsalbe. Beim Ekzema marginatum erzielte Verfasser in sieben Fällen Heilung und fünf Fällen Besserung unter Anwendung der Anthrasol-Wilkinson-Salbe in folgender Form:

Anthrasol
Lanolin.
Sulf. praecip.
Sapon. domest. pulv. ää

Beim Pruritus cutaneus wurde mit der 10%igen Anthrasolglycerinsalbe Heilung bei acht, erhebliche Linderung bei drei Patienten erzielt. In der Behandlung der Scabieskranken konnte sich das Anthrasol dem Peruol gegenüber nicht als überlegen erweisen. Von den drei Lichen planus-Fällen wurde in einem vollständige Heilung, in zweien wesentliche Besserung erzielt. Bei der Psoriasis wurde zwar das Jucken prompt beseitigt, im Initialstadium der Erkrankung ja auch unter 10—20%igem Anthrasolspiritus eine Besserung erzielt, in älteren Fällen muſste jedoch bald wieder zum Eugallol gegriffen werden. Reizerscheinungen traten in den 45 Fällen von Anthrasolanwendung nur zweimal in erträglicher, bald verschwindender Form auf.
Putzler-Danzig.

Kasuistischer Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Dr. Aronson-schen Antistreptokokkenserums, von R. Klein-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 3.) Es handelt sich um einen 60jährigen Mann mit einer, höchst wahrscheinlich vom Urogenitaltraktus ausgehenden, allgemeinen schweren Infektion. Er hatte eine Harnblutung infolge eines kirschgrofsen Blasenpapilloms, dazu kam ohne nachweisbare Ursache schmerzhafte linksseitige Epididymitis mit Fieber bis 39,5. Das Fieber schwand, ebenso die Epididymitis und Blutung, Harn blieb trübe. Fünf Tage später wieder Fieber und linksseitige Orchitis, leichte Benommenheit, Puls frequent, Erbrechen. Am nächsten Tage (26. Oktober 1904) schwerstes Krankheitsbild, einem septischen Zustand ähnlich, tiefe Somnolenz, Puls 120, Lungendämpfung, Leib meteoristisch, Hoden faustgrofs. Injektion von 100 g Serum. Am nächsten Tage war Patient bei voller Besinnung und die Temperatur 36,4, Puls 80. Nochmals wurde 60 g injiziert, Besserung hielt an. Am 1. November abermalige Temperatursteigerung auf 38,8 und Verschlechterung des Allgemeinbefindens, so dafs wieder 60 g Serum eingespritzt wurden. Am nächsten Tage Besserung, am neunten völlige Entfieberung, der Hoden wurde kleiner, die Lungenerscheinungen schwanden, Patient genas. Jedenfalls bewährte sich das Serum tadellos. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die klinische Anwendung des Streptokokkenserums, von Fritz Meyer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 8.) M. berichtet über die Erfahrungen, Erfolge und Mifserfolge, welche in der v. Leydenschen Klinik mit dem Streptokokkenserum gemacht wurden. Die Serumbehandlung des Erysipels ist nur bedingt am Platze, noch schwieriger ist die Frage beim Scharlach, jedenfalls mufs die Behandlung dann frühzeitig einsetzen. Zur therapeutischen Anwendung am Menschen darf nur ein als wirksam erprobtes Streptokokkenserum erprobt werden. Die Wirksamkeit dieses Serums ist behördlich zu prüfen, und zwar mittels solcher Stämme, welche unverändert aus menschlichen Krankheiten gezüchtet worden sind und sich nicht in der Hand der Serumdarsteller befunden haben. Der Praktiker, welcher Streptokokkenserum anwendet, ist verpflichtet, so weit über den theoretischen Vorgang der Serumwirkung orientiert zu sein, um die Indikationen und Gegenindikationen zu stellen. Die Streptokokkenserumbehandlung darf nicht als letztes Mittel in Anwendung gezogen werden, sondern ist als Prophylaktikum im weitesten Sinne zu betrachten. In der Diskussion bemerkt Aronson, dafs die Heilversuche Meyers im wesentlichen den Resultaten entsprechen, die er selbst hatte. Das Charakteristische bei der Wirkung des Streptokokkenserums ist neben der frappanten Besserung des Allgemeinbefindens in vielen Fällen ein Temperaturabfall. Heubner steht dem Serum nach seinen Erfahrungen skeptisch gegenüber, gerade beim Scharlach sah er keine bedeutende Wirkung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Alkohol-Silbersalbe, von A. Löwe-Dresden. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 9.) Die Wirkung der Alkoholverbände (Salzwedel) beruht hauptsächlich in einem Reiz auf die Gewebe und in der Erzeugung einer Hyperämie, eine desinfizierende Wirkung ist aber dabei auszuschliefsen. Nach dem bisherigen Verhalten des Collargols (Credé) war es nicht unwahrscheinlich, der Alkoholwirkung eine antiseptische Wirkung anzufügen, indem man Alkohol mit Collargol vereinigte, und dies gelang Löwe nach mancherlei Versuchen in der von Eugen Dieterich in Helfenberg bei Dresden hergestellten Alkohol-Silbersalbe, welche ½ % Collargol, 70 % eines 96 %igen Spiritus, Natronseife, Wachs und etwas Glycerin enthält. Um diese Salbe, welche sich durch eine braune Farbe, weiche und geschmeidige Konsistenz auszeichnet, vor dem Verdunsten zu schützen, wird sie in festverschlossenen Porzellankruken in den Handel gebracht. Wenn sie verschlossen und nicht zu warm aufbewahrt wird, ist sie anscheinend jahrelang haltbar. Der Preis (25 g 1 Mark, 50 g 1,25 Mark) ist in Rücksicht

auf das teure Silber ein relativ geringer, so dafs ihrer Anwendung auch in der Kassenpraxis kein Bedenken entgegensteht.

L. hatte bei verschiedenen Wunden und Entzündungsvorgängen Erfolge mit der Alkohol-Silbersalbe, u. a. auch bei verschiedenen Hautkrankheiten und Zirkulationsstörungen der Haut; zu nennen sind hier: Perniosis der Ohren, Hände und Füfse, besonders die schmerzhaften „Frostbeulen".

Ernährungsstörungen, wie Kongelationen, welche mit Ödem und Blasenbildung einhergehen; Ulcera cruris; Decubitus.

Nicht infektiöse Entzündungen, wie Tendovaginitis, präpatellare Bursitis, Phlebitis, chronische Ekzeme, besonders solche, die mit starkem Juckreiz einhergehen.

Infektiöse Entzündungen: Infizierte Wunden, Paronychien, Panaritien, Abscesse, Phlegmonen, Furunkel, Lymphangitis, Lymphadenitis, Bubo und Epididymitis.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Untersuchung über den Wert des Helmitols, von Géza Kelemen. (*Heilkunde.* Mai 1904.) Aus den von K. seit zwei Jahren an dem dermatologischen Institut der Königl. ungarischen Universität in Budapest mit Helmitol behandelten Fällen geht hervor, dafs das Mittel ein ausgezeichnetes Adjuvans sowohl bei blennorrhoischer wie durch andere Infektionen entstehender Cystitis ist. Sein Erfolg beruht teils auf seiner ausgezeichneten Wirkung als Desinfiziens, teils auf seiner Wirkung als harntreibendes Mittel. Auch ein sehr gutes Beruhigungsmittel ist nach K. das Helmitol, „denn in allen Fällen, wo die Patienten über Erscheinungen der Urethritis posterior klagten, erzielte das Helmitol alsbald Besserung, ja noch mehr Heilung. Auf die Gonokokken als solche wirkt es nicht ein, es verleiht aber dem Urin saure Reaktion, desinfiziert denselben, verringert die Entzündung, lokalisiert und sistiert dieselbe unter Unterstützung von Spülungen und Instillationen vollends. *Putzler-Danzig.*

Über das Helmitol als Harnantiseptikum, von R. v. Steinbüchel-Graz. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 5.) St. kommt auf Grund seiner Beobachtungen bezüglich des Helmitols, das er in mehr als 50 Fällen zur Anwendung brachte, zu folgendem Ergebnis: Die lokale Helmitolbehandlung ist gleichwertig den Borsäurespülungen, wenn sie auch keine besonderen Vorzüge gegenüber den bisherigen anderen Methoden aufweist. Nur bei ammoniakalischer Cystitis ist stets ein Versuch mit Helmitolspülungen empfehlenswert. Die innerliche Anwendung des Mittels in einer Tagesdosis von drei- bis viermal täglich zwei Tabletten à 0,5 erscheint indiziert:

1. Bei akuter und chronischer Cystitis und zweifelsohne auch bei Pyelitis, bei ersterer eventuell als alleiniges Mittel, im weiteren Verlauf als wirksames Adjuvans der Lokaltherapie.

2. Prophylaktisch einen bis zwei Tage hindurch nach einer cystoskopischen Untersuchung oder vor oder bald nach einer Operation, bei welcher die Ernährungsverhältnisse oder die Funktion der Nase gestört werden.

3. Bei Bakteriurie, bei welcher es manchmal geradezu spezifisch zu wirken scheint.

Als Vorzüge des Helmitols gegenüber dem Urotropin hebt St. hervor: seine energische, desinfizierende Wirkung auf den Urin, welche insbesondere bei stark alkalischem Harn weitaus die des Urotropins übertrifft, seine Reizlosigkeit resp. Ungiftigkeit für den Verdauungstraktus und die Harnwege, sein angenehmer Geschmack und die relative Billigkeit. *Putzler-Danzig.*

Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Hetralin, von Fritz Euler-Rolle-Wien. (*Med. Blätter.* 30. Juni 1904.) E. hat sechs Fälle von Cystitis bei Prostatahypertrophie, fünf Fälle von ammoniakalischer Harngärung und sechs Fälle von Cystitis post blennorrhoeam mit Hetralin in Dosen von 3—5 g p. d. behandelt. Auch einige Fälle von Cystitis nach instrumentellen Eingriffen hat er der Hetralinmedikation

unterworfen. Es hat sich nach E. in all diesen Fällen als aufserordentlich wirksam erwiesen und brachte in überraschend kurzer Zeit oft die subjektiven wie objektiven Erscheinungen zum Schwinden, ohne von irgendwelchen nachteiligen Erscheinungen begleitet zu sein. *Putsler-Dansig.*

Über ein einfaches Substitut des Jodoform und seiner Surrogate, von G. Sommer-Niederwendig. (*Reichs-Med.-Anzgr.* 1905. Nr. 9.) S. berichtet, dafs im russisch-japanischen Kriege ein Verbandmittel benutzt wird, das durch Verbrennen des reichlich vorhandenen Reisstrohes erzeugt wird. Das Stroh wird in ein eisernes Gefäfs oder einfach auf den Steinboden des Zimmers gelegt und angezündet, nachdem der Raum abgeschlossen ist, um die Sauerstoffzufuhr zu beschränken. Die so entstandene Kohle ist völlig keimfrei und saugt jede Flüssigkeit sehr stark auf, aufserdem kostet sie fast gar nichts. S. selbst benutzt seit Jahren statt Jodoform die Carbo ligni subst. pulver. Dieselbe hält sich, trocken aufbewahrt, fast unbegrenzt steril und wirkt bei Trockenverbänden in reizloser Weise desinfizierend, desodierend und aufsaugend. *Putsler-Dansig.*

Therapeutische Notizen über Jodipin, von Schönbaum-Josefstadt. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 47.) Verfasser hat in mehreren Fällen mit dem Jodipin sehr gute Erfahrungen gemacht. In einem Falle von tertiärer Lues, welcher der Behandlung mit Injektionen von Oleum cinereum trotzte und bei welchem Jodkalium starken Jodismus hervorrief, wurde mittels Injektionen von 25% Jodipin ein voller Erfolg erzielt. In einigen anderen Fällen von Herzarrhythmie infolge Arthritis urica, von Asthma bronchiale und Arteriosclerose wurde durch Darreichung des 10%igen Jodipins per 0,5 ein befriedigendes Resultat erreicht.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Einige klinische Verwendungsarten der Jodsäure und deren Salze, von W. Mackie-Elgin. (*Lancet.* 21. Jan. 1905.) Verfasser hat zunächst Versuche mit jodsaurem Calcium, das sich als ein feines weifses Pulver präsentiert, gemacht. Dasselbe kann auf Wunden aufgestreut werden oder als Salbe (0,6—6,2 zu 30,0 Vaselin) Verwendung finden. In letzterer Form war es bei Ulcus cruris und namentlich bei Ekzema infantum besonders wirksam. Die reine Jodsäure (in wässeriger Lösung, 1 : 500 oder 1 : 300) erwies sich als ein starkes Antiseptikum und war bei Ulcus cruris sehr wirksam. Das Bismutum subjodatum, ein feines weifses Pulver, wurde bei Lupus in drei Fällen wirksam gefunden. Man bespülte die gereinigten Krankheitsgebiete mit Jodsäurelösung (1 : 500) und puderte das Bismutsalz auf die noch feuchte Fläche auf. Die Prozedur wurde einen um den andern Tag bis zur Heilung fortgesetzt. Das jodsaure Quecksilber fand M. von vorzüglicher Wirkung bei Sycosis und Tinea barbae in einer Konzentration von 1,0 : 30,0 in Salbenform.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den therapeutischen Wert der Levurinose, von Goliner-Erfurt. (*Medico.* 1905. Nr. 5.) Die Levurinose ist eine durch kalten Luftstrom getrocknete Bierhefe von vollständiger chemischer Aktivität mit intakten Zellen. Verfasser hat dieselbe mit gutem Erfolg bei Acne vulgaris und auch gewissen Ekzemformen, die durch interne Ursachen hervorgerufen werden, verwandt. In zwei Fällen von chronischer Blennorrhoe will Verfasser ebenfalls nach achttägigem Gebrauche von Levurinose erhebliche Besserung erzielt haben! (So ungenaue, unbewiesene Behauptungen sollten aus wissenschaftlichen Arbeiten besser wegbleiben. Der Ref.)

Die Levurinose wird eflöffelweise in Milch, Wasser oder Bier kurz vor oder während der Mahlzeit genommen. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Drei Beiträge zur Kasuistik der Lysol-Intoxikationen, von Otto Schmelzer. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Es kann heute keinem Zweifel mehr unterliegen,

dafs Lysol ein Gift ist. Wie aus der Aufstellung der Vergiftungsfälle hervorgeht, scheint es sogar das moderne Selbstmordmittel zu sein! Demgemäfs dürfte es angebracht sein, das Lysol auch wie alle anderen Gifte zu behandeln und zwar: Verbot des Handverkaufs von konzentriertem Lysol, Abgabe nur in verdünnten Lösungen, Versehen der Gefäfse mit Giftetikette. *Fritz Loeb-München.*

Das Nafalan und die naphtahaltigen Salben in der dermatologischen Praxis, von Rohleder-Leipzig. (*Therap. Monatshefte.* 1904. Nr. 12.) Das Nafalan ist (laut Angabe der Nafalangesellschaft) ebenso wie das Naftalan ein reiner Kohlenwasserstoff, der durch Zusatz von einigen Prozent Seife unter geeignetem chemischen Verfahren zu einer Masse von Salbensubstanz verarbeitet wird. Beide Mittel stellen reine Kohlenwasserstoffe dar, ohne Zusatz von pflanzlichen und tierischen Fetten, ohne Spur von Säuren, Alkalien, Paraffin oder Pyraloxin. Auch das Nafalan stellt somit eine salbenartige Masse von schwarzgrüner Farbe dar, mit schwach brenzlichem Geruch und von neutraler Reaktion.

Das Nafalan ist, ebenso wie das Naftalan, ein wohl hauptsächlich bei Hautkrankheiten wirkendes Mittel, und zwar bei Hautkrankheiten, die nicht tief in das Gewebe der Haut hineingehen, mehr oberflächlicher Natur sind, und bei denen künstliche Überreizungen der Haut stattgefunden haben, wo also eine beruhigende sedative Wirkung angebracht ist; daher besonders eine Wirkung bei Verbrennungen ersten und zweiten Grades, bei Ekzemen, besonders Gewerbeekzemen, wo es gleichsam auf die verschiedensten chemischen Reizstoffe paralysierend wirkt, die dadurch hervorgebrachten Dermatitiden mildert. Besonders deutlich ist hier eine Wirkung beim Ekzema postscabiosum, hervorgerufen durch Naphtol usw. Bei Intertrigo, Ulcera cruris im Stadium starker Entzündung, Hämorrhoidalleiden usw. wirkt es ebenfalls günstig.

Auch bei Epididymitis hat es R. genau wie Naftalan bewährt gefunden. Die ursprüngliche Wirkung ist wohl auch hier im Kohlenwasserstoff zu suchen. Die Hauptsache ist nach R., dafs, um Reizungen zu vermeiden, ein möglichst reiner Kohlenwasserstoff zur Verarbeitung gelangt. Der Seifenzusatz (Unna) hat nur den Zweck, den Kohlenwasserstoff in die salbenartige Konsistenz zu bringen und seine Resorptionsfähigkeit zu steigern, resp. ihn erst resorptionsfähig zu machen.

Die Wirkung des Kohlenwasserstoffs ist in letzter Instanz eine entzündungswidrige, und diese beruht nach R.s Ansicht auf Anämisierung des affizierten Gewebes, ähnlich wie Kälte, Schwefel, Ichthyol, Thiol und Tumenol wirken. Darauf beruht die beruhigende Wirkung des Nafalans als Anti-Ekzematosum. Überall da, wo eine derartig oberflächliche Wirkung erwünscht ist, sind auch die naphtahaltigen Salben zu versuchen. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über Novargan, von von Hoessle und C. Graeter-Dresden. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1905. Nr. 8.) Das von Lucke (*Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.* 1904. Heft 9) für die Blennorrhoebehandlung an Stelle von Protargol benutzte Novargan, dessen 15 %ige Lösung die Abortivbehandlung von Blennorrhoe noch am sechsten Tage nach der Infektion ermöglichte, ist ein feines gelbes Pulver, welches sich in Wasser bis zu 50% zu einer rotbraunen Flüssigkeit löst.

Schwache Lösungen werden hergestellt, indem man das Novargan auf die Oberfläche des kalten Wassers schichtet. Der Lösungsprozefs vollzieht sich von selbst, und zwar in erheblich kürzerer Zeit als beim Protargol. Stärkere Lösungen von 10 bis 25 % bereitet man, indem man das Norvargan mit wenig kaltem Wasser zu einem Brei verrührt und allmählich die der gewünschten Konzentration entsprechende Wassermenge zusetzt. Die Lösungen dürfen nicht erwärmt und müssen vor Licht geschützt werden, in dunklen, am besten schwarzen Flaschen, aufbewahrt werden.

Novargan enthält das Silber (10 %) in fester organischer Bindung („maskiert"). Daher werden Novarganlösungen weder durch alkalische Lösungen, Gewebsflüssigkeit, Blutserum, Schleimhautsekret usw. noch durch Salzsäure irgendwelcher Konzentration gefällt.

Entsprechend seinem Silbergehalt ist die bakterizide, speziell Gonokokken tötende Kraft des Novargans eine hohe und vermöge der festeren Bindung seines Silbers und dank seiner grofsen Löslichkeit (Novargan löst sich in der doppelten Gewichtsmenge Wasser), die es mit Leichtigkeit durch die Gewebe diffundieren läfst, ist das Novargan in hervorragendem Mafse zur Tiefenwirkung befähigt; bei alledem kommt es kaum zu Reizungen der Schleimhaut, wie die Versuche am Kaninchenauge im Vergleiche mit anderen Silberpräparatlösungen ergaben. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Die Verwendung des Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung, von Conrad Frank-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 16.) Frank hat ein altes, mehrfach erfolglos behandeltes Unterschenkelgeschwür durch Applikation von Perubalsam in der von Burger empfohlenen Weise (cf. *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 48) im Verlaufe von 5 Wochen zur vollständigen Heilung gebracht. Er ist gleich Burger überzeugt, dafs die günstige Wirkung des Perubalsams auf Wunden und Geschwüre eine Folge seines Gehaltes an Zimtsäure ist, die antiseptisch wirkt und die Zufuhr von Leukocyten begünstigt. *Götz-München.*

Noch eine Mitteilung über Balsamum peruvianum, von Unschuld-Neuenahr. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 13.) U. empfiehlt auf Grund eigener, günstiger Erfahrungen die Anwendung des Perubalsams bei dem Malum perforans der Diabetiker; es ist ihm wiederholt gelungen, in derartigen Fällen durch Applikation von Perubalsamlanolinsalbe die vollständige Verheilung des Geschwürs zu erzielen.

Götz-München.

Über Pikrinsäureverwendung bei Hautkrankheiten, besonders bei Ekzem, von Otto Meyer-Strafsburg i. E. (*Therap. Monatsh.* 1905. Nr. 5.) Die Anwendung von Pikrinsäure bei Hautkrankheiten ist durch die Flut neuerer Heilmittel etwas in den Hintergrund gedrängt worden, trotzdem sie sich nach den Berichten von verschiedenen Seiten stets gut bewährte, z. B. bei Verbrennungen als gutes Adstringens in wässeriger oder alkoholischer Lösung ¼—1 % zu Pinselungen, bei Ulcera cruris, Ekzemen, ja selbst bei Lupus, Epitheliom und Blennorrhoe wurde das Mittel von einzelnen Forschern gelobt. So wurden auch neuerdings in der Wolffschen Klinik wieder Versuche beim Ekzem mit Pikrinsäure gemacht, welche sich besonders bei den nässenden Formen in Gestalt einer ⅓—1 %igen Pikrinsäurezinkpaste gut bewährten, ebenso auch bei seborrhoischem Ekzem und professionellem Händeekzem. Intoxikationserscheinungen treten nicht auf, während die gelbe Verhärtung der Haut ihre Anwendung im Gesicht verbietet. Jedenfalls ist nach den Resultaten die Anwendung des Mittels in der Ekzemtherapie nicht von der Hand zu weisen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Quecksilberwirkung, von E. v. Düring-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 11.) Nach einem Hinweis auf die Tatsache, dafs wir über die Art der Hg-Wirkung noch gar nichts Positives wissen, macht D. kurz auf die von Schulz aufgestellte Theorie über Quecksilberwirkung aufmerksam. Schulz hat, wie er in dem Artikel „Quecksilber" *Eulenburgs Realencyklopädie*, III. Aufl., Band XX, mitteilt, nachgewiesen, dafs Sublimat in gehöriger Verdünnung ein energieauslösendes Reizmittel ist; während es in 0,1—1 %iger Lösung die Hefezellen abtötet, befördert es in Verbindung von 1 : 700000 die Hefegärung. In seiner Pharmakotherapie in *Eulenburg-Samuels Handbuch der allgemeinen Therapie*, III, pag. 463 stellt Schulz die Quecksilberwirkung im Organismus als Folge des Reizes dar, den das in sehr starker

Verdünnung im Körper kreisende Hg auf die Gewebe ausübt. — Ausführlicher bespricht D. eine Arbeit Schades „Über die Metall- und Jodionen-Katalyse. Ein Beitrag zur Erklärung der Silber-, Eisen-, Quecksilber- und Jodtherapie". (*Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Ther.*, März 1905.) Schade erklärt, nachdem er im Experiment eine katalytische Wirkung gewisser Schwermetalle und Metallverbindungen, speziell des Quecksilbers nachgewiesen hat, die Wirkung des Hg auf die Gewebe ebenfalls als eine katalytische und zwar nimmt er eine elektrische Kraftwirkung als Ursache der Katalyse an. (Nach Ostwald ist unter Katalyse die „Beschleunigung eines langsam verlaufenden chemischen Vorganges durch die Gegenwart eines fremden Stoffes" zu verstehen.) Schades Ausführungen bilden eine Bestätigung und Erweiterung der Schulzschen Anschauung: die katalytische, Stoffumsatz fördernde Kraft des Quecksilbers stellt eben den Gewebsreiz dar, der nötig ist, um die durch das Syphilid vorausgesetzten Schädigungen auszugleichen. Mit der Annahme einer katalytischen Wirkung des Quecksilbers im Organismus läfst sich auch erklären, dafs selbst durch minimale Quecksilbermengen, wie sie zum Beispiel beim Tragen eines Merkolintschurzes in den Körper gelangen, therapeutische Effekte erzielt werden können; bei katalytischen Prozessen ist nämlich die Energiebeschleunigung so gut wie unabhängig von der Katalysatormenge.

Eine von Schade angeführte Arbeit Waltons (aus dem Bredigschen Institut) kommt zu dem Resultate, dafs dem Jodkalium und anderen Jodverbindungen eine Fähigkeit katalytischer Oxydationsbeschleunigung zukommt, die im Effekt der von Schade beim Quecksilber beobachteten Kraft analog ist. *Götz-München.*

Quecksilbervergiftung mit einem Bericht über einen Fall, bei dem die entstandene Deformität nach einer solchen Vergiftung durch Operation mit Erfolg beseitigt wurde, von E. Kinchelor-Hardinsburg. (*Kentucky med. Journ.* 1904. Nr. 5.) Eine Quecksilbervergiftung kommt am ehesten bei der inneren Darreichung von Kalomel zustande. Denn durch die Chloralkalien im Magen wird Sublimat entwickelt, das die verderblichsten Ätzungserscheinungen hervorrufen kann. Meist kommt es zu schweren Mundentzündungen, die sogar zu einer Nekrose des Unterkiefers führen, nachdem die Zähne herausgefallen sind. Allerdings bei chronischer Sublimatvergiftung, wie bei den spanischen Bergwerksarbeitern, entsteht erst ein völliger Defekt der Zähne, aber es bleibt schliefslich dabei, ohne dafs wie bei der kindlichen akuten Quecksilbervergiftung der Unterkieferknochen selbst angegriffen wird. Die akuten Formen haben aufser der Stomatitis, der Gaumenulceration, des Speichelflusses, der Unterkiefernekrose, des Tremors und der Paralyse besonders auch eine akute Nierenentzündung im Gefolge, die bei der chronischen Form fehlt. Die Wirkung des Giftes macht sich auch auf die Nachkommen bemerkbar. Kinchelor berichtet von einem merkwürdigen Falle von Quecksilbervergiftung, wo bei einem fünfjährigen Kinde nach Kalomel, das reichlich zur Abortivkur bei Typhus gegeben worden war, eine Nekrose des Unterkiefers entstanden war. Auch die Wange war an der entsprechenden Stelle in der Gröfse eines halben Silberdollars perforiert, und K. mufste zur Anfrischung und Nahtvereinigung schreiten. Dabei bediente er sich mit grofsem Vorteile des komprimierenden und trocken haltenden Heftpflasterverbandes.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Ein Fall von akuter letaler Quecksilbervergiftung, von E. J. Sugyen-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 8. April 1905.) Eine 23jährige Dame erhielt durch ein unbegreifliches Versehen gegen Kopfweh ein Pulver, dem wahrscheinlich 0,15 g Sublimat beigemischt war. Die Folgen waren zunächst ein intensives Brennen und Verätzung an der Schleimhaut des Mundes und Rachens, Erbrechen und Diarrhoe. Im weiteren Verlauf trat ein ausgedehnter hämorrhagischer Ausschlag hervor, Blutungen

an den Schleimhäuten und schliefslich der Tod an Erschöpfung 22 Tage nach dem Einführen des Giftes. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Experimentelle und therapeutische Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers durch die Nieren, von Fr. Gaud. (*Thèse de Lyon* 1904. Nr. 57.) Die Untersuchungen des Verfassers bestätigen die Angaben anderer Autoren, dafs der Zeitpunkt des Auftretens von per os, durch Einreibung oder Einspritzung einverleibtem Quecksilber im Urin ein sehr verschiedener ist. Von praktischem Interesse ist der Umstand, dafs diese Verschiedenheit am gröfsten bei Einreibung des Mittels ist. Da in manchen Fällen die Epidermis für Quecksilbers besonders unempfänglich zu sein scheint, ist durch genaue Untersuchung der Zeitpunkt des Auftretens im Harn festzustellen und eventuell die Verabreichungsweise zu ändern. *Fritz Loeb-München.*

Über basische Quecksilbersalze, von A. J. Cox. (Inaug.-Dissert. Breslau 1904.) Fleifsige chemische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Die therapeutische Wirksamkeit des Unguentum Credé, von Dagobert Borchardt. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Verfasser führt die Krankengeschichten von 30 Fällen an, in denen er das Unguentum Credé anwandte; Febris puerperalis, Mastitis, Meningitis, Otitis, Erysipel, Septicopyämie, Scarlatina, Tuberkulose und Blennorrhoe. Erfolge sah Verfasser zunächst beim Bubo blennorrhoicus. Der prompte Erfolg läfst es wünschenswert erscheinen, in ähnlichen Fällen, vor allem auch beim Bubo nach Ulcus molle die Salbe anzuwenden. *Fritz Loeb-München.*

Über lösliches Kalomel (Kalomelol), von Galewsky-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905, Nr. 11.) Das von Heyden in Radebeul hergestellte Kalomelol ist Kalomel in kolloidalem, wasserlöslichem Zustande; es enthält 75% Kalomel = 66% Quecksilber, wirkt nicht reizend und, da aus ihm kein Sublimat entsteht, viel weniger giftig als Kalomel. Es ist in Eiweifslösungen und im Blutserum löslich und wird infolgedessen von exulcerierten Flächen aus rasch resorbiert. Aus diesem Kalomelol wird das sogenannte Unguentum Heyden mitius hergestellt, eine weifslich-graue, weiche Salbe, die 45% Kalomelol = 30% Quecksilber enthält, sehr gut einzureiben ist, auf der Haut nur einen unbedeutenden weifsen Überzug hinterläfst und keine Beschmutzung der Wäsche und der Unterkleider verursacht. G. hat die Salbe in einer täglichen Dosis von 5—10 g bei ca. 50 Patienten zu Schmierkuren verwendet; sie erwies sich bei nicht zu starken sekundären Erscheinungen als langsam und milde, aber doch sicher wirkendes Präparat. In neuerer Zeit hat die Fabrik Heyden auch ein stärkeres Unguentum Heyden in den Handel gebracht, das noch 2% fein verteiltes freies Hg enthält. — Die Ergebnisse seiner zweijährigen Versuche mit Kalomelol fafst G. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Kalomelolsalbe (Unguentum Heyden ist als Einreibungskur zu empfehlen in all den Fällen, in denen es sich um eine milde Verordnung von Hg in unauffälliger Form handelt, und in welchen die Patienten vor grauer Salbe zurückschrecken.

2. Sie empfiehlt sich zu milden Zwischenkuren im Sinne der Fournierschen und Neisserschen intermittierenden Kuren.

3. Sie empfiehlt sich für alle Personen mit empfindlicher Haut, bei allen denjenigen Formen von Hg-Idiosynkrasie, bei welchen eine Einreibung mit grauer Salbe nicht möglich ist.

4. Sie ist ein sehr gutes Heilmittel zur Behandlung der Pediculi pubis.

5. Innerlich in Tabletten zu 0,01 mit Opiumzusatz ist das Kalomelol ebenfalls für schwache Zwischenkuren oder für Kuren, in welchen Einreibungen oder Einspritzungen nicht möglich sind, zu empfehlen.

6. Lokal hat sich das Kalomelol mit Amylum zu gleichen Teilen oder in der Form von 2%igen Kalomelolumschlägen bewährt.

7. Der Kalomelol-Salicyl-Seifen-Trikoplast und der Kalomelol-Pflastermull sind wegen ihrer unauffälligen Farbe ein gutes Erweichungsmittel zur lokalen Behandlung luetischer Effloreszenzen und indurierter Drüsen. *Götz-München.*

Über Unguentum sulfuratum mite-Thiolan, von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 16.) V. hat eine Schwefelsalbe „Thiolan" hergestellt, bei welcher der Schwefel im Salbenkonstituens teils gelöst, teils in äufserst feiner Weise verteilt, suspendiert ist. Diese Salbe, über deren Herstellungsmodus, Zusammensetzung, Konzentration usw. keinerlei Angaben gemacht werden, besitzt nach den von V. und von anderen Ärzten gemachten Erfahrungen „eine hohe Bedeutung, die mit derjenigen eines gewöhnlichen Ungentum sulfuratum nicht verglichen werden kann"; sie wird zum Teil rein, zum Teil mit medikamentösen Zusätzen versehen angewendet, in gewissen Fällen wird ihr Gebrauch mit Lichtbehandlung kombiniert. Mit der Anwendung reinen Thiolans hat V. sehr gute Erfolge erzielt bei Seborrhoea capitis sicca mit Defluvium capillitii nach vorausgegangener Waschung der Kopfhaut mit $^1/_2$%igem Salicylalkohol, bei Seborrhoea capitis oleosa nach Beseitigung des Fluxus seborrhoicus, bei subakuten papulösen, vesikulösen, pustulösen und impetiginösen Ekzemen, bei denen abwechselnd Salbe und feuchte Verbände appliziert wurden, bei chronischen Ekzemen, bei Ekzema seborrhoicum, Prurigo, Pityriasis versicolor, den oberflächlichen Formen der Trichophytie (Herpes tonsurans vesiculosus und circinatus), bei Erfrierungen, bei Alopecia areata, nachdem bis zum Auftreten einer entzündlichen Reaktion eine Lösung von 1 g. Sublimat und 5 g. Resorcin in 100 Alkohol angewendet worden ist, endlich bei Akne rosacea. Bei Akne vulgaris wird dem Thiolan einmal wöchentlich bis zum Eintritt der erwünschten Reaktion 1—10% Acetum glaciale und 5—30% Resorcin und β-Naphtol, bei Skabies der Erwachsenen $^1/_2$—1% Acetum glaciale und 2—3% Acid. salicyl. und Resorcin zusetzt, während bei Skabies der Kinder Thiolan rein angewendet wird. — Thiolan ist absolut reizlos und läfst sich wohl überall da anwenden, wo Fett überhaupt vertragen wird; es wird gewöhnlich auf die Haut aufgestrichen und eingerieben; zur Erzielung intensiverer Wirkung wird es auf Leinwandläppchen aufgestrichen aufgelegt. *Götz-München.*

Über Thigenol in der dermatologischen Praxis, von Kornfeld-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 52.) Thigenol, ein Schwefelpräparat, hat sich dem Verfasser in Fällen von akuten und seborrhoischen Ekzemen, von Prurigo und Skabies vorzüglich bewährt. Es ist dem Schwefel wegen der reinlicheren Form der Anwendung, der Geruchlosigkeit und der Juckreizlinderung entschieden vorzuziehen. Ein Fall von heftigem, hartnäckigem pruriginosen Ekzem, welcher vielen anderen Mitteln trotzte, heilte bei Thigenolbehandlung glatt ab. Die Anwendung des Mittels geschieht entweder pur oder als 10%ige Thigenolzinkpaste, oder als Paste von der Zusammensetzung: Thigenol 4,0; Zinc. oxyd., Amyl. $\aa$ 3,0; Glycerini, Aquae $\aa$ 1,0; Ung. Glycerini 8,0; oder in der Saalfeldschen Formel: Thigenol 70,0; Spir. Vin. 20,0; Aq. dest. 10,0; mit dem Borstenpinsel aufzutragen. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Therapeutische Mitteilungen über die Verwendbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds, von Edmund Nacht-Wien. (*Ärztl. Central-Ztg.* 1904. Nr. 21—22.) Das Wasserstoffoxyd Merck enthält in 100 Teilen 30 Teile H_2O_2 und stellt eine vollkommen chemisch reine Lösung von 30 Gewichtsprozenten H_2O_2 dar. Es kommt in Flaschen, die mit Paraffin ausgegossen sind, in den Handel und ist bei einiger Achtsamkeit unbegrenzt haltbar. Auch lassen sich infolge der hohen Konzentration beliebig starke Lösungen herstellen, wobei man den Rest bei dem Verschlufs mittels Paraffinpfropfens weiter benutzen kann. In 6%iger Lösung empfiehlt es sich vor

allem zur Desinfektion der Mundhöhle und des Rachens. Heindl empfiehlt es als Mundwasser mit Aq. Menth. piperit. aa in 25%iger wässeriger Lösung bei Stomatitiden und Entzündungen der Mundhöhle. Selbst kleine Kinder können nach N. dieses Mundwasser mit Vorteil benutzen, da es völlig ungiftig ist und hinuntergeschluckt keinerlei Störungen im Organismus verursacht. Oft ist sogar das Schlucken kleiner Mengen indiziert, da die Flüssigkeit leichter zu den Taschen der Schleimhaut und in die Buchten zwischen Tonsillen und Zungengrund gelangen kann. Alle Formen von Stomatitis wurden durch Gurgeln und Pinselungen von H_2O_2 günstig beeinflufst; bei Stomatitis mercurialis erweist sich eine 3—6%ige Lösung als ausgezeichnetes Mittel, und es empfiehlt sich bei jedem Patienten, der eine Hg-Kur macht, prophylaktisch Mundpflege mit H_2O_2-Lösungen üben zu lassen. Bei Furunkulosis infantum haben sich H_2O_2-Lösungen von 3%, die immer frisch zubereitet werden, in Form von Umschlägen, die nicht länger als ½ Stunde liegen bleiben, gut bewährt. Ausgebreitete Ulcera cruris gelangten unter H_2O_2-Behandlung zur Überhäutung, nachdem sie monatelang jeder anderen Therapie getrotzt hatten. Bei Erfrierungen und Frostbeulen werden lokale Bäder mit zur Hälfte verdünntem H_2O_2 empfohlen. Ferner reagieren die verschiedensten Dermatosen (welche? Der Ref.) vor allem Ekzeme, günstig auf die Perhydrolbehandlung. Daneben mufs allerdings die Salbenbehandlung angewandt werden. In leichteren Fällen kann man die Salben auch mit H_2O_2 kombinieren, z. B. Lanolin mit 1—1,5% Perhydrol. Bei den entzündlichen Hauterkrankungen kann man die reizlose, milde H_2O_2-Lösung zu Verbänden benutzen an Stelle der essigsauren Tonerde. Auch bei Herpes tonsurans will man mit Perhydrol gute Erfolge erzielt haben. Bei Lupus faciei bewährten sich Umschläge mit 1½- bis 2%iger Lösung (? Der Ref.) Endlich ist es als Kosmetikum zu empfehlen, da H_2O_2-Waschungen bekanntlich dunkle Haare goldblond färben. Gleichzeitig ist H_2O_2 das unschädlichste und schonendste Epilatorium, indem mit Perhydrol getränkte Watte täglich kurze Zeit auf die zu enthaarende Stelle gelegt wird. Die Haare entfärben sich, werden flaumartig und fallen ab. Epheliden werden morgens und abends mit einem H_2O_2-Wattebausch fünf Minuten lang bedeckt, oder man macht zweimal täglich je eine halbe Stunde Umschläge mit 3%iger Perhydrollösung, worauf die Flecke mit indifferenten Salben bedeckt werden. Pigmentmäler betupft man täglich zweimal mit einem Tropfen reiner H_2O_2-Lösung; nach einer Viertelstunde ist die Haut eingetrocknet, und man bedeckt die Stelle mit Zinkpflastermull. Syphilitische Plaques an der Zunge, im Munde oder im Rachen heilen schnell unter Pinselung mit 10%iger Perhydrollösung. Ulcera mollia reinigen sich unter Betupfen mit 30%iger H_2O_2 in wenigen Tagen und heilen schnell ab, ebenso günstig ist die Wirkung des Perhydrol beim phagedänischen Schanker. *Putzler-Danzig.*

Angioneurosen.

Erythema scarlatiniforme (bei Influenza) von J. Hamilton-London. (*Brit. med. Journ.* 21. Januar 1905.) Bei einer früheren Gelegenheit hat Verfasser schon darauf hingewiesen, dafs Fälle vorkommen, welche man nicht umhin kann als Influenza zu diagnostizieren, bei denen aber ein deutlicher scharlachartiger Ausschlag am Gesicht und dem übrigen Körper am dritten Krankheitstage hervortritt, um nach kurzem Bestehen ohne Abschuppen oder sonstige weitere Erscheinungen zu verschwinden. Im Rachen sieht man dabei auch eine starke Rötung, und die Submaxillardrüsen sind bei den Patienten stets empfindlich, manchmal sogar deutlich geschwollen. Verfasser hat kürzlich 18 solche Fälle gesehen, von denen er sechs kurz beschreibt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Hundskrankheit (endemischer Magenkatarrh) in der Herzegowina, von Siegmund Taussig-Mostar. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 6.) Pick beschrieb als erster in Trebinje und Stolac die obige Krankheit als eine im engsten vom hohen Karst umgebenen Teile der Herzegowina für sich bestehenden Infektionskrankheit, die dem Typhus abortivus in manchem ähnelt, aber doch auch wieder — abgesehen vom negativen „Gruber-Widal" — viele Eigenheiten für sich. Unter anderen beschreibt denn auch T. vom Sommer 1904 eine in der Garnison Mostar auftretende Endemie in ihren Erscheinungen seitens der Haut.

Die Gesichtshaut zeigt in allen frischen Fällen eine derart intensive Röte, dafs beim Eintritt in den Krankensaal die Gesichtsröte die Hundskranken verrät. Diese Rötung, welche selten fehlt und durch eine Erweiterung der Gefäfse, niemals durch ein Exanthem hervorgerufen wird und meist am dritten Tage verschwindet, tritt an anderen Körperteilen bei der im Vergleiche zur Gesichtshaut relativen Gefäfsarmut der übrigen Hautpartien wesentlich schwächer hervor.

Dazu kommen um so aufdringlicher zur Geltung die Stiche der „Papadatschi", einer Stechmückenart, welche die Gegend von Mostar während des Sommers heimsucht und Papeln und Kratzeffekte zurückläfst.

In einem Falle war die Hundskrankheit mit einem Erythema exsudativum multiforme kombiniert. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Ein Fall von rezidivierendem toxischen Erythem nach intramusculären Injektionen von Hydrarg. salicyl. von Djatschkow. (*Praktitscheski Wratsch.* 1905. Nr. 11, 12 und 13.) Verfasser berichtet über einen Fall von toxischem, diffusem Erythem der Haut, welches mit hohen Temperaturen einherging und mit Schilferung der Haut abklang und auf Injektion von Hydr. salicylicum zurückzuführen war. Die Besonderheit des Falles wird dadurch geboten, dafs das Erythem erst nach der vierten intramusculären Injektion einer 10%igen Hydr. salicyl.-Emulsion (volle Spritzen) auftrat, während die drei ersten Injektionen dieser Lösung nicht die geringsten Vergiftungserscheinungen nach sich gezogen hatten. Nach der Experimenti causa vorgenommenen fünften nnd sechsten Einspritzung (selbstverständlich nach Ablauf des Erythems) traten neue Erythemen auf, aber nicht so diffus und nicht unter Begleitung so hoher Temperaturen wie nach der vierten Injektion. Es machte den Eindruck, als nähme die toxische Wirkung des Quecksilbers allmählich ab. Zum Bedauern des Verfassers konnten keine weiteren Injektionen oder Prüfungen, ob das Quecksilber in anderer Form und Applikation ähnliches hervorruft, vorgenommen werden. Das späte Auftreten des ersten Erythems nach, wie gesagt, der vierten Injektion scheint Verfasser dafür zu sprechen, dafs keine eigentliche Idiosynkrasie gegen das Quecksilber bestand, sondern dafs erst das allmählich im Blut aufgespeicherte Quecksilber, in Verbindung mit Störungen seitens des Nervensystems, den geeigneten Boden schufen zum Auftreten der Erscheinungen von Hydrargyrose.

Arth. Jordan-Moskau.

Ein Fall von sogenannter Urticaria perstans, von Walter Pick-Breslau. (*Stereosc. med. Atlas.* Lief. 40.) Es handelt sich um eine 56jährige Frau, die seit fünf Jahren an einer Hautaffektion leidet, die angeblich sich an einen Mückenstich angeschlossen. Auf der Streckseite beider Unterarme, am unteren Drittel der Streckseite beider Oberarme, an beiden Hand- und Fingerrücken, über beiden Knien und in geringer Anzahl an den Ohrmuscheln finden sich erbsengrofse Papeln von teils mattroter, teils wachsgelber Färbung. Die Effloreszenzen sind von glatter Oberfläche, sie sind scharf umschriebene derbe Knötchen, die mit der Haut verschieblich sind und anscheinend nicht sehr tief sitzen. Einige der Knötchen tragen im Zentrum eine kleine braunrote Kruste, die offenbar einen Kratzeffekt darstellt; solche Krustchen

finden sich auch an von Knötchen freien Partien. Es besteht leichte Urticaria factitia. Im Harn kein Albumen, kein Zucker. Die Affektion war durch keine der gebräuchlichen therapeutischen Maßnahmen zu beeinflußen. Differential-diagnostisch kommt Lichen ruber planus in Betracht, doch waren in dem vorliegenden Fall die Knötchen nicht polygonal, sondern kreisrund oder oval; es fehlte die zentrale Delle und die günstige Wirkung des Arsens. Auch hatte nach Angabe der Patientin das Leiden mit quaddelartigen Effloreszenzen begonnen; der heftige Juckreiz zusammen mit der bestehenden Urticaria factitia ließen an ein urticarielles Leiden denken.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über rezidivierende Urticaria, von Respighi. (*La Clinica med.* 3. Februar 1905.) Es handelt sich um eine 50jährige, sonst vollständig gesunde Frau, bei der sich gleichzeitig mit jeder Menstruation ein Urticariaausbruch einstellte, der entweder mit dem Blutflusse aufhörte oder sich um einige Tage über denselben hinaus erstreckte. Das Eigentümliche bei dieser Patientin ist aber die Tatsache, daß diese Urticariaanfälle bereits einige Jahre vor der Pubertät konstatiert worden waren, wo sie sich ebenfalls monatlich einstellten; ebenso zeigten sie sich mit derselben Periodizität während der Gravidität. Gegenwärtig, d. h. vier Jahre nach eingetretenen Menopause, werden sie noch regelmäßig beobachtet. *C. Müller-Genf.*

Das Oedem, von Loeper und Laury. (*Gaz. des Hôp.* 181, 182. 1905.) Einteilung der Oedeme in lokale, als Teilerscheinung allgemeiner Erkrankungen und essentielle Oedem. Bringt absolut nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

Zur Kasuistik des Quinckeschen Hautödems, von Ludwig Steiner. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1908.) Ein ohne Zweifel neuropathisches Individuum, dessen labiles Nervensystem den verschiedensten Insulten ausgesetzt war, und dessen Konstitution von frühester Jugend an sich als wenig widerstandsfähig erwies, erkrankte plötzlich an Schwellungen, die kamen und verschwanden, dabei die verschiedensten Körperstellen treffend, und sich als charakteristische Symptome eines typischen Ödems „Quincke" darstellend. Die Erkrankung war vielleicht auf Intoxikation durch Nikotin oder Blei oder vielleicht durch beide zurückzuführen, eine Annahme, die allerdings bis jetzt in der Literatur noch nicht aufgestellt scheint. Als auslösendes Moment glaubt Verfasser ein psychisches Trauma ansprechen zu sollen (Schreck infolge Sturzes von einer Leiter).

In seinen weiteren Ausführungen gibt Verfasser eine kurze Beschreibung des Krankheitsbildes im allgemeinen. Die Krankheit setzt akut ein, mit oder ohne Vorboten. Als Prodromalsymptome können Mattigkeit, Kältegefühl, Unbehagen, Appetitlosigkeit auftreten, welche sowohl während des einzelnen Anfalles wie während des ganzen Verlaufes der Krankheit vorhanden sein können. Das Hauptsymptom jedoch wird repräsentiert durch die Hautschwellungen. Sie sind mehr oder minder scharf umgrenzt, von wechselnder Größe, fühlen sich meist derb elastisch an. Ein Fingerdruck bleibt kaum oder gar nicht bestehen. Die Farbe kann sowohl blaß wie rötlich oder cyanotisch sein. Die Schwellungen entstehen meist rasch und verschwinden nach Stunden, höchstens Tagen. Mitunter geht ihnen ein allgemeines Erythem vorher (Cassirer). Als seltene Erscheinung findet sich die Bildung von Bläschen oder großen Blasen auf den erythematösen Partien; auch Blutaustritt wurde beobachtet.

Was die Lokalisation der Schwellungen anbetrifft. so kommen sie am seltensten an der behaarten Kopfhaut vor, sonst bleibt keine Körperstelle verschont. Von den Schleimhäuten werden die Mund- und Rachenhöhle, sowie der Kehlkopfeingang betroffen. Schwellungen der Konjunktiva sind ebenfalls beobachtet.

Der Fall aus der Leipziger Poliklinik, den Verfasser beschreibt, charakterisiert sich beinahe als reines Hautödem. Nur eine Abweichung ist festzuhalten: auch die

Uvula wurde in Mitleidenschaft gezogen. Die Symptome sind im übrigen so typisch, dafs es sich nicht verlohnt, darauf einzugehen. Nur der durch das Flächenthermometer festgestellte Temperaturunterschied mufs erwähnt werden, da er bezüglich der Pathogenese von Wichtigkeit ist. Der Unterschied zwischen der gesunden und der kranken Seite betrug das eine Mal 2,4 °, das zweite Mal 1,6 °, eine Tatsache, die Verfasser in der Literatur in dieser Weise noch nicht festgestellt fand.

Die Prognose des Leidens ist quoad vitam gut, nur durch Auftreten von Glottisödem kann das Leben gefährdet sein. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von akutem umschriebenen Ödem mit orthostatischer Albuminurie, von Rubens-Gelsenkirchen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 18.) Bei einem 15jährigen, sonst gesunden Mädchen, das seit einigen Monaten an akutem umschriebenen Ödem litt, ergab die Harnuntersuchung eine typische orthostatische Albuminurie. Anfänglich nahmen bei Bettruhe, während das Eiweifs verschwand, die Ödeme zu, späterhin aber traten nur dann Ödeme auf, wenn auch der Harn Albumen aufwies. — Wahrscheinlich waren in diesem Falle beide Affektionen durch eine gemeinschaftliche, vom Intestinaltraktus ausgehende Noxe verursacht. Welcher Art aber diese Schädlichkeit war, läfst sich nicht sagen; in den Fäces fand sich nichts Pathologisches. *Götz-München.*

Akut circumskriptes Hautödem und Urticaria, von Franz Weisenhorn. (Inaug.-Dissert. 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über akutes Hautödem, von G. Roth. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über das „Trophödem" bei Hysterie und Epilepsie, von J. R. Rouz. (*Thèse de Tyon.* 1904.) Neben anderen trophischen Störungen kann im Verlaufe der Hysterie das Auftreten eines Ödems des Unterhautzellgewebes und der Haut beobachtet werden, das schon von Sydenham beschrieben ist und das Verfasser mit hysterischem „Trophödem" bezeichnet. Es befällt in erster Linie die Extremitäten, gelegentlich auch Brust und Gesicht, ist meist passagär, kann jedoch auch chronisch werden. Die Pathogenese ist noch unklar; man mufs zunächst an eine vasomotorische Paralyse denken. Diese Affektion findet sich in gleicher Weise auch im Verlauf der Hysterie und kann wie bei der Hysterie brüsk einsetzen und verschwinden; selten nimmt sie einen chronischen Charakter an. *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung der Ödeme, von H. Huchard und Ch. Fiessinger. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 1 und 2.) An der Arbeit der beiden Verfasser ist nicht das, was sie über ihr eigentliches Thema, die Behandlung der Ödeme, sagen, sondern ihre — zum Teil recht eigentümliche — Auffassung von den Ursachen der Ödeme von Interesse. Sie glauben, dafs nur die Ödeme bei Anurie und bei Kompression der Ureteren rein renalen Ursprungs sind. Für die Ödeme bei Infektionskrankheiten und bei Krankheiten innerer Organe, namentlich des Herzens und der Nieren, sind neben den Läsionen der Nieren auch Veränderungen des interstitiellen Stoffwechsels von ursächlicher Bedeutung, Veränderungen, die durch Störungen der Zirkulation oder des vasomotorischen Apparates, durch Läsionen der Zellen oder durch Retention toxischer Stoffe bedingt sein können. Bei der Entstehung der Ödeme nervösen Ursprungs sowie bei den Ödemen infolge von Veränderungen der Lymphgefäfse und des Blutes sind die Nieren überhaupt nicht beteiligt. Eine Gruppe von Ödemen, die akuten, circumskripten Ödeme und das Quinckesche Ödem, führen die Verfasser auf eine Störung der „vitalen Energetik" zurück, deren Wesen noch wenig bekannt ist, deren Störungen aber sicherlich einen wichtigen Faktor in der Pathologie bedeuten.

Die Verfasser teilen die Ödeme ein in solche, die ohne anatomische Veränderungen irgend eines Organs entstehen, und Ödeme mit anatomischen Veränderungen. Die ersteren, zu denen die Ödeme bei Neurosen und die Ödeme infolge von leichten Intoxikationen gehören, entstehen, wenn die Funktion des Nervensystems und damit der interstitielle Stoffwechsel momentan gestört ist. Zu den Ödemen nervösen Ursprungs sind auch die Ödeme bei Morbus Basedowi zu rechnen; nach den Erfahrungen der Verfasser lassen sie sich wie die ganze Basedowsche Krankheit mit all ihren Symptomen durch eine einfache, mehrere Monate hindurch fortgesetzte Behandlung mit faradischen Strömen beseitigen (? Ref.). — Zu den Ödemen mit anatomischen Veränderungen gehören 1. die Ödeme bei akuten Infektionskrankheiten und die Ödeme infolge von schweren Intoxikationen, 2. die traumatischen Ödeme, wie sie zum Beispiel durch Verletzung des Hautmuskelnervs beim Aderlafs hervorgerufen werden, 3. die Ödeme infolge von Krankheiten des Herzens, der Blutgefäfse, des Verdauungsapparates und der Nieren. Unter den Ödemen bei Krankheiten der Verdauungsorgane erwähnen die Verfasser besonders das dem Ascites vorausgehende Ödem der unteren Extremitäten bei Lebercirrhose; es kann sehr frühzeitig, noch vor den ersten funktionellen Störungen auftreten. Die Behandlung besteht in Regelung der Diät in quantitativer und qualitativer Beziehung: es dürfen nur Milch und aus Mehl hergestellte Speisen und auch diese nur in geringen Mengen genossen werden. — Bei Besprechung der Ödeme infolge von Nierenkrankheiten bemerken die Verfasser, dafs die Cheyne-Stokessche Atmung, die im Verlaufe von Nierenaffektionen so häufig auftritt, vielleicht durch einen leichten Grad von Bulbärödem verursacht ist; sie würden sich nicht wundern, wenn die während Cheyne-Stokesscher Atmung vorgenommene Lumbalpunktion eine an Chlornatrium abnorm reiche Cerebrospinalflüssigkeit ergeben würde.

Götz-München.

Arzneiexanthem nach Aspirin, von R. Freund-Danzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 15.) Fr. hat bei drei Patienten nach Aspiringebrauch an umschriebenen Stellen kleine, stark juckende und stechende Bläschen auftreten sehen. Der erste Fall betraf einen Mann mit schwerem Diabetes und Albuminurie, bei dem nach Verabreichung von 1,0 Aspirin ein kleines, bei Berührung schmerzendes Bläschen von Präputium entstand. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Kranken mit multipler Neuritis, bei dem Aspirin jedesmal Bläschen an den Fingern hervorrief, und im dritten Falle um einen sonst gesunden Mann, der auf dem rechten Handrücken eine eigenartige glatte, leicht atrophische, gerötete Stelle von etwa Talergröfse aufwies und zweimal nach Aspirin Bläschen an dieser Stelle bekam.

Götz-München.

Ein Fall von Jodpemphigus mit Beteiligung der Magenschleimhaut, von Rudolf Polland-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 12.) Ein 55jähriger Taglöhner wurde in Kreibichs Klinik mit den ausgesprochenen urämischen Erscheinungen bei chronischer Nephritis aufgenommen, und zwar am 22. Dezember 1904. Derselbe hatte in der Zeit vom 5. bis 15. Dezember täglich je 1 g Jodnatrium genommen, und zwar bei Hyperacidität des Magens, wie dies noch bei Lebzeiten des Kranken durch das höchst saure Erbrechen erwiesen und wahrscheinlich wurde. So kam es denn auf Grund der Magenübersäuerung und der chronischen Nephritis zu einem zunächst nur von Neumann beschriebenen Krankheitsbilde mit merkwürdig schweren Veränderungen an der Haut des Gesichtes und der Hand und der Magenschleimhaut. Der Mann verfiel bald nach seiner Aufnahme in die Klinik in Agonie, und die Autopsie ergab neben der Bestätigung der chronischen Nephritis ein ganz merkwürdiges Jodexanthem des Gesichts, der rechten Hand, der Lippen, der Zunge, des Rachens und des Magens. „An der Stirne, den Augenlidern und besonders an der linken Halsseite

sind kleinere und gröfsere, meist eingetrocknete Bläschen und kleine Infiltrate der Haut, welche tiefer im Corium gelegen sind und beim Einschneiden eine seröse Flüssigkeit absondern. Am rechten Handrücken ist die Epidermis fast ganz abgehoben und die Oberfläche vertrocknet. Auf der verdickten und geschwellten Magenschleimhaut, namentlich im Fundusteile, befinden sich zahlreiche linsen- bis kronengroſse, gelblich gefärbte, mit einem grauen Belag versehene, oberflächlich geschwürig zerfallene Infiltrate."

Ein solch exorbitanter Jodismus konnte nur dadurch zustande kommen, daſs die hochgradige Nierenveränderung das Tempo der Jodausscheidung ganz aufsergewöhnlich verzögerte — wie auch hier sich noch zwölf Tage nach der letzten Jodmedikation freies Jod im Urin nachweisen lieſs — und zweitens, daſs infolge der durch die Stauung entstandenen Hautödeme die jodhaltige Gewebsflüssigkeit lange Zeit an Ort und Stelle verweilte. Über das Zustandekommen örtlicher Ätzwirkungen auf die Magenschleimhaut bei Übersäuerung desselben gibt Bjelogolowy plausiblen Aufschluſs.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Ein Beitrag zur Histologie und Genealogie der Hämophilie, von Alexander Goodall-Edinburg. (*Scott. med. Journ.* Febr. 1905.) G. kam im Anschluſs an einem, nach jeder Richtung hin genau untersuchten, tödlichen Fall, einen 14jährigen Knaben betreffend, zu folgenden Schlüssen: 1. Erbliche Übertragung ist fast in jedem Fall von Hämophilie nachzuweisen. 2. Obwohl das Leiden bei männlichen Individuen häufiger ist wie bei weiblichen, so wird es doch nicht gar so selten bei letzteren konstatiert. 3. Ein groſser Prozentsatz der in letzter Zeit veröffentlichten Fälle ist durch die männliche Linie übertragen worden. 4. Irgendeine anatomische Veränderung der Gefäſse oder anderer Gewebe konnte nach den jetzt üblichen Methoden bei Hämophilie nicht nachgewiesen werden. 5. Deren hauptsächliche Pathologie scheint darin zu bestehen, daſs die Gerinnbarkeit des Blutes in hohem Maſse geschwächt ist und Neigung zu progressiver Anämie besteht. 6. Es ist Grund zur Annahme vorhanden, daſs Chlorcalcium, innerlich gegeben, von Vorteil sei; aber dessen Gebrauch ist auf schwerere Fälle zu beschränken, da es leicht zu Erbrechen und Magenstörungen Veranlassung gibt.

Stern-München.

Petechienausschlag bei Erbrechen, von C. G. Higginson-Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 18. Febr. 1905.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von ausgedehnter Petechienbildung an der Stirn und den Schläfen unmittelbar im Anschluſs an heftiges Erbrechen. In dem einen Falle hatte der Patient, ein Mann in mittleren Jahren, während des Erbrechens mit dem unteren Teil des Körpers im Bette gelegen, die Hände aber auf dem Fuſsboden aufgestützt und den Kopf etwa um einen Fuſs tiefer als den Magen gehalten. In dem anderen Falle, bei einem 22jährigen Dienstmädchen, war das Erbrechen im Stehen erfolgt. Diese Patientin gab an, schon bei früherer Gelegenheit eine ähnliche Wirkung beim Erbrechen erlitten zu haben. Bei Keuchhusten und bei Epilepsie hat man ähnliches gesehen. Verfasser hat einmal eine tödliche Gehirnhämorrhagie bei einem 19jährigen Jüngling als Folge von intensivem Erbrechen erlebt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von chronischer Phenacetinvergiftung, von Max Hirschfeld-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 2.) Bei einer anämischen jungen Frau traten ohne erkennbare Ursache an den Unterschenkeln zahlreiche Petechien auf, die zu gröfseren Extravasaten von bräunlich-schwarzer Farbe und groſser Schmerzhaftigkeit konfluierten; in der Folge entwickelten sich in ihrer Mitte oberflächliche, schmierig belegte Ulcerationen mit unregelmäfsigem Rand, bis zur Gröfse eines Fünfmarkstücks. Die Ätiologie blieb lange unklar, Rheumatismus, septische Infektion, Blutkrankheiten, Hysterie usw. konnten ausgeschlossen werden, Jodkalium war erfolglos, die angewandte

lokale Therapie vermochte nur die Schmerzen zu lindern. Schliefslich ergab sich als Ursache der fortgesetzte Gebrauch von Phenacetin, das die Patientin gegen ihre häufigen Kopfschmerzen nahm. Mit dem Aussetzen des Mittels heilten die Ulcerationen ab, bei Wiederanwendung entwickelten sich neue Petechien. Fälle von Purpura durch Phenacetingebrauch sind bisher nicht bekannt geworden. *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Kenntnis der Pseudoleukämie und der WERLHOFschen Krankheit, von MAX MOSSE-Berlin. (Festschrift, H. SENATOR gewidmet.) Fünf selbst beobachtete Fälle von Morbus maculosus Werlhofii. In allen diesen werden systematische Blutuntersuchungen angestellt; in einem Falle konnte die Sektion gemacht werden. Die histologische Untersuchung des letzteren ergab interessante Befunde in den Lymphdrüsen. Diese wichen in ihrem Bau wesentlich von den normalen ab. Das normale Gefüge war nur noch angedeutet, Parenchym und Stroma, Markstränge und Lymphbahnen gingen ineinander über. Das Verwischtsein des gewöhnlichen Bildes kam daher, dafs sich allenthalben zahlreiche Lymphocyten eingelagert fanden. Es handelte sich um eine lymphadenoide Hyperplasie, ohne dafs es zu einer Hypertrophie kam. Die Blutuntersuchung ergab einmal W : R = 1 : 230, dann aber ein prozentisches Verhältnis der ein- zu den mehrkörnigen Blutkörperchen wie 62 : 38.

Weniger deutlich waren die Veränderungen in der Milz. Auch im Knochenmark bestand ein hyperplastischer Prozefs des lymphatischen Anteils, ferner war hier das zahlreiche Auftreten von kernhaltigen roten Blutkörperchen, die zum Teil anämische Degeneration des Protoplasma zeigten, auffallend. Das vermehrte Auftreten dieser Elemente ist als Regenerationserscheinung nach den starken Blutverlusten während des Lebens zu deuten.

Es ähnelten also die Veränderungen des Blutes und der blutbildenden Apparate denjenigen, wie sie bei der lymphatischen Leukämie und Pseudoleukämie beobachtet werden. Eine Lymphombildung im eigentlichen Sinne fehlte. Doch spräche dies nach Ansicht des Verfassers nicht gegen die Diagnose Pseudoleukämie. Es werden von M. zwei Fälle angeführt, bei denen es sich um sichere Pseudoleukämie ohne Lymphombildung handelte.

In den anderen beobachteten und beschriebenen Fällen konnte ein Abweichen vom normalen Blutbilde nicht festgestellt werden, und handelte es sich also hier um WERLHOFsche Krankheit im engeren Sinne.

Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit fafst M. in folgende drei Sätze zusammen:

1. Es gibt Pseudoleukämien ohne Hypertrophie der Lymphdrüsen; deshalb erscheint mehr als bisher die mikroskopische Untersuchung der Lymphdrüsen von Wichtigkeit.

2. Bei allen mit Hautblutungen einhergehenden Fällen ist eine genaue Blutuntersuchung in diagnostischer und prognostischer Beziehung notwendig.

3. Fälle von eigentlicher WERLHOFscher Krankheit im engeren Sinne zeigen kein charakteristisches Blutbild. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Zwei Fälle von „sporadischem Skorbut", von HANS LOHRISCH - Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 7.) Beschreibung zweier Fälle von erworbener hämorrhagischer Diathese, die beide Male unter den Symptomen des Skorbuts mit hohem, unregelmäfsig remittierendem Fieber verlief und beide Male zum Tode führte. Im Vordergrund der Erscheinungen stand bei den zwei Kranken die Zahnfleischblutung, ohne dafs das Zahnfleisch selbst stärker affiziert gewesen wäre. Bei dem ersten Patienten war die Zahnfleischblutung unstillbar, bei dem zweiten hielt sie sich wenigstens in der letzten Zeit in erträglichen Grenzen, dafür war bei ihm die Neigung zu anderen Blutungen stärker ausgeprägt. Die Blutbeschaffenheit war in den zwei Fällen verschieden: in dem einen fanden sich als Zeichen schwerer posthämorrhagischer Anämie

starke Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen und hochgradige Veränderungen der Erythrocyten und der sehr spärlichen Leukocyten; im zweiten Falle bestand starke posthämorrhagische Hyperleukocytose, 92% der Leukocyten wiesen schwere Degenerationserscheinungen auf, dagegen fehlen bei den sehr spärlichen Erythrocyten die Zeichen schwerer Anämie.

Ob die beiden Fälle zum Skorbut oder zu den Purpuraerkrankungen zu rechnen sind, kann L. nicht entscheiden; es liefsen sich weder ätiologische Momente noch klinische Symptome, noch anatomische Veränderungen finden, die einen sicheren Schlufs in diesem oder jenem Sinne erlaubten. Wenn L. die Fälle als „sporadischen Skorbut" bezeichnet, so geschieht es wegen ihrer auffallenden Ähnlichkeit mit zwei von WAGNER in der *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 36 und 37 beschriebenen Fällen von „sporadischem Skorbut". Die vier Beobachtungen stellen zweifellos eine einheitliche Erkrankung dar, die unter dem Bilde einer mit Blutungen einhergehenden, hoch fieberhaften Affektion verläuft und tödlich endet. Die vier Fälle treten in mancher Beziehung aus dem Rahmen der übrigen hämorrhagischen Diathesen heraus; sie sind als Infektionskrankheiten aufzufassen, wenn auch der Infektionserreger noch nicht nachgewiesen ist. *Götz-München.*

Hämaturie als frühestes oder einziges Symptom von infantilem Skorbut, von JOHN LOVETT MORSE-Boston. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 17. Dez. 1904.) Verfasser berichtet über sieben Fälle von BARLOWscher Krankheit mit Hämaturie, aus denen hervorgeht, dafs die Hämaturie das früheste und mithin für gewisse Zeit das einzige Krankheitssymptom sein kann. Der Skorbut ist auch die gewöhnlichste Ursache der Hämaturie im frühesten Kindesalter. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von A. M. VANCE. (*Louisville Journ.* März 1905.) V. bespricht in der chirurgischen Gesellschaft von Louisville (Sitzung vom 2. Jan. 1905) einen eigentümlichen Fall dieses Leidens, welcher, einen 33jährigen Mann betreffend, mit einem Blutextravasat am linken Unterschenkel begann. Dasselbe nahm rasch an Ausdehnung zu und nahm ein so eigentümliches Aussehen an, dafs Zweifel bestanden, ob nicht ein Sarkom oder eine Gummageschwulst vorliege. Die mikroskopische Untersuchung von exzidierten Hautstückchen ergab nichts Positives. Es stellte sich allmählich Purpura haemorrhagica ein, und der Mann starb nach kurzer Zeit; die Todesursache konnte in dem höchst merkwürdigen Falle nicht festgestellt, irgendeine vorhergehende (stumpfe) Verletzung nicht eruiert werden.

Stern-München.

Purpura als Spätkomplikation bei Scarlatina, von J. W. MILLER-Blackburn. (*Lancet.* 8. April 1905.) Der vierjährige Knabe hatte eine mittelschwere Attacke von Scharlach gehabt und war drei Tage schon fieberfrei, als Petechien und Hämorrhagien in der Haut und (einmal) in der Nasenschleimhaut auftraten; der Patient erlag der Krankheit nach etwa vierzehn Tagen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über ausgedehnte Hauthämorrhagien bei Epilepsie, von RUDOLF HÄNSEL. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Nach den Ergebnissen des Verfassers entstehen die mannigfaltigen kapillären Gefäfsblutungen bei Epilepsie während des klonischen Stadiums des Anfalles. Sie sind bedingt durch eine geringe Widerstandsfähigkeit der Gefäfswände, welche sich aus der einem vorausgehenden Reizzustand folgenden Parese der Vasokonstriktoren erklärt, und durch die schroffen Druckschwankungen, welche während des klonischen Stadiums im Gefäfssystem entstehen.

Fritz Loeb-München.

Fall von RAYNAUDscher Krankheit, von A. WOLFF-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 10.) In der Sitzung vom 23. Februar 1905 der Berliner medizinischen Gesellschaft stellt W. eine 37jährige Arbeitersfrau mit RAYNAUDscher Krank-

heit vor, sie zeigt das ausgesprochene Bild der symmetrischen Gangrän. An sämtlichen Fingerspitzen ist die Haut mumifiziert. Am rechten Ohr in der Nähe des Tragus schält sich gleichfalls die Haut. Temperatursteigerungen, Eiweifs und Zucker waren nie vorhanden. Therapeutisch erhielt die Patientin zuerst Amylnitrit mit Spirit. aether. nitrosus und später Erythol-Tetranitrat zu 0,03. Für die Schmerzen erhielt sie Morphium, aufserdem wird auf lauwarme Kamillenbäder, gute Ernährung und frische Luft Gewicht gelegt. Levy-Dorn erklärt die von ihm gemachte Röntgenaufnahme des Falles, es zeigte sich eine ausgebreitete Knochenatrophie. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von Walter Glass. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Die Arbeit ist wert, im Original studiert zu werden; zu einem kurzen Referat ist sie nicht geeignet. *Frits Loeb-München.*

Traumatische Entzündungen.

Die Behandlung gewerblicher Hautaffektionen mit Anthrasol und Anthrasolseifen, von Hugo Goldmann-Brennberg. (*Deutsche Ärzte-Ztg.* 1904. Nr. 11.) G. hat 10%iges Anthrasol-Vaselin resp. -Lanolin bei einer gewerblichen Dermatose der Bergleute in seinem Bezirk mit ausgezeichnetem Erfolg angewandt; diese Hautaffektion tritt in Form von Urticariaquaddeln und kleinen Pusteln auf, ist höchst schmerzhaft und raubt den damit Behafteten einige Zeit die Nachtruhe völlig. Alle bis dahin angewandten Mittel waren erfolglos. Eine zweite Hautaffektion besteht in dem Auftreten oft bis nufsgrofser Furunkel, deren Prädilektionsstellen die Streckseiten der Gelenke sind. Da diese Furunkel sehr schmerzhaft sind uud die Patienten die chirurgische Behandlung ablehnten, so nahm die Heilung stets sehr lange Zeit in Anspruch. Pinselungen mit Anthrasol in Substanz beseitigten die Infiltration und den Schmerz prompt, die Furunkel heilten meist in vier Tagen ab. Mit Anthrasolseifen will G. besonders bei Kinderekzemen sehr befriedigende Resultate erzielt haben; ebenso heilte ein schwerer Scabiesfall unter Bädern und Anthrasolseifenschaumanwendung in acht Tagen ab. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von Mesotanausschlag, von J. P. Wills-Bexhill-on-Sea. (*Brit. med. Journ.* 22. April 1905.) Eine 70jährige Dame hatte etwa ein Dutzend Pinselungen Mesotan und Ol. olivarum aa auf die Hand und das Knie erhalten. Es entwickelte sich ein intensiv juckender, papulöser Ausschlag, welcher bald verging, aber etwa einen Monat später traten unter intensiver Schwellung der Hand grofse Blasen an derselben hervor und heilten erst nach mehreren Tagen. (Die Vorschrift für die Anwendung von Mesotan lautet dahin, dafs man nicht mehrere Male hintereinander dieselbe Stelle bepinseln soll. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über berufliche Formalinonychien und -Dermatitiden, von Galewsky-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 4.) G. hatte Gelegenheit, mehrfach leichtere Dermatitiden namentlich an den Füfsen und Händen von Leuten zu beobachten, die Formalinlösung oder Formalinseife gegen Hyperhidrosis anwandten. Aufserdem sah er bei drei Ärzten, einem Diener vom pathologischen Institut und einem Apotheker, die alle viel mit 4—10%igen Formalinlösungen arbeiten mufsten, Formalinonychien, die in drei Fällen mit Formalindermatitiden verbunden waren. Bei allen fünf Patienten begann die Erkrankung erst nach monatelanger Hantierung mit Formalin. Zuerst verfärbten sich die Nägel bräunlich, erweichten dann allmählich und faserten besenartig auf; die einzelnen Fasern bohrten sich in den geschwollenen Nagelfalz ein, wodurch heftige Schmerzen hervorgerufen wurden. Nach einiger Zeit rissen die Nägel immer mehr ein, verdickten sich besonders in der Umgebung des Nagelbettes, blieben dabei aber weich und leicht einreifsbar, wurden locker und liefsen

sich umbiegen. In drei von den fünf Fällen ging die Erkrankung als Dermatitis auf die Finger über und bewirkte ekzematöse Veränderungen der Haut, die sich bei dem einen Kollegen bis zum Handgelenk erstreckten und mit entzündlichem Ödem und der Bildung gröfserer und kleinerer Blasen einhergingen. Fast alle Patienten klagten über brennende und bohrende Schmerzen in den Fingerspitzen und Nägeln, zwei Kranke aufserdem über eigenartig aufsteigende Schmerzen im Unterarm. Die Erkrankung der Nägel war stets eine äufserst hartnäckige, in den schwereren Fällen dauerte es $^3/_4$—$1^1/_2$ Jahre, bis völlige Abheilung eintrat. Der Institutsdiener hatte so schwer unter der Affektion zu leiden, dafs er seinen Beruf aufgeben mufste. — Die bräunliche Verfärbung der Nägel scheint der Hauptsache nach durch Lufteintritt hervorgerufen zu sein, zum Teil vielleicht auch durch einzelne von zerstörtem Hämoglobin herrührende Blutfarbstoffelemente. Eine wirksame Prophylaxe gegen das Auftreten der Affektion und gegen ihr Fortschreiten, wenn sie schon eingesetzt hat, bietet das Tragen von Gummihandschuhen beim Arbeiten mit dem Formalin.

Götz-München.

Trockene Gangrän infolge eines Karbolsäureverbandes, von Verner Kenerson-Buffalo. (*New York med. Journ.* 4. Febr. 1905.) Der Fall, wo anfangs wegen einer eiternden Wunde am Finger 2-, dann 1%ige Karbollösung angewandt, aber ohne den Rat des Arztes noch ein undurchdringlicher Stoff (Wachstaffet) über den Verband gelegt wurde, lehrt wiederum, dafs noch so verdünnte Karbollösung gefährlich ist, wenn die Verdunstung durch einen impermeablen Stoff verhindert ist. Der trockenen Gangrän der Haut folgte bald (nach acht Tagen) auch jene der Muskeln, so dafs Amputation am Ende der ersten Phalange ausgeführt werden mufste.

Stern-München.

Über die Behandlung lokaler Erfrierungen mit passiver und aktiver Hyperämie, von Kurt Hanusa. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1903.) Die einleitende Literaturstudie berücksichtigt 60 Arbeiten. Im zweiten Teil seiner Arbeit bringt Verfasser 23 Krankengeschichten. Mit Stauungshyperämie sind nur drei Fälle behandelt worden, eine geringe Zahl, und es kann gewagt erscheinen, aus ihnen Schlüsse zu ziehen. Die Fälle stimmen jedoch ausnahmslos mit den seinerzeit von Ritter veröffentlichten derart überein, dafs sie deutlich den Einflufs der verstärkten venösen Hyperämie zeigen; denn nach Anlegen der Binde schwanden die subjektiven Symptome, die Verfärbung, die Schwellung, die Pernionen gingen zurück, die Geschwüre heilten in kurzer Zeit ab. Aus diesem Verhalten ist die Folgerung berechtigt, dafs die venöse Hyperämie bei Erfrierungen nicht schädlich, sondern nützlich ist. — Anders spricht die Zahl der mit aktiver Hyperämie Behandelten. Die heifse Luft brachte in vielen Fällen Hände, welche von Geschwüren fast verunstaltet waren, in kürzester Zeit (5—20 Tage) zur Heilung. Auch hier schwanden regelmäfsig nach dem ersten Behandlungstage die unangenehmen subjektiven Symptome, auf welche von den Patienten der gröfste Wert gelegt wird. *Fritz Loeb-München.*

In der *Münch. med. Wochnnschr.* 1905, Nr. 3 beschrieb Nassauer-München in einer kurzen Notiz unter dem Titel „**Erfrierung?**“ eine akut auftretende, schmerzhafte, ausschliefslich in der Submentalgegend lokalisierte, mit Bildung intracutaner kugelförmiger Knoten einhergehende Entzündung und Schwellung der Haut, die er zu Anfang des Jahres bei strenger Kälte an mehreren Frauen beobachtet hatte. Daraufhin teilten Rommel-München, Grünebaum-Bamberg und Loewenthal-Braunschweig unter „**Erfrierung?**“ und „**Zur Erfrierung des Doppelkinns**“ in der *Münch. med. Wochenschr.* 1905, Nr. 4 und 6 mit, dafs sie analoge, zweifellos als lokale Erfrierung aufzufassende Fälle bei Frauen und Kindern wiederholt gesehen haben Grünebaum betont, dafs in seinen Fällen stets Anlage zum Doppelkinn bestand; das

war auch bei den Beobachtungen N.s der Fall, wie dieser nachträglich (*Wochenschr.* Nr. 7) mitteilt. Loewenthal gibt an, dafs die Entzündung fast ausschliefslich die Hautfalte betraf, die bei starker Entwicklung als Doppelkinn bezeichnet wird. In Nr. 6 der *Wochenschr.* macht Hochsinger-Wien darauf aufmerksam, dafs er, was auch Rommel hervorhebt, die Affektion unter dem Titel „**Über eine akute kongelative Zellgewebsverhärtung in der Unterkinngegend**" in der *Monatsschr. f. Kinderheilkde.*, Febr. 1902, ausführlich beschrieben hat; er führt ebenso wie Grünebaum die eigentümliche Lokalisation und das fast ausschliefsliche Auftreten bei Frauen und Kindern darauf zurück, dafs die von diesen getragenen hohen und engen Mäntelkragen schwere Zirkulationsstörungen in der submentalen Hautpartie hervorrufen und dadurch das Auftreten der Erfrierung ermöglichen. *Götz-München.*

Über einen Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde, von Dopfer-Wasseralfingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 16.) D. liefs bei einem zweijährigen Kinde auf eine 12 cm lange, 3 cm breite Brandwunde, von der sich die obere Schicht der Epidermis in einer einzigen grofsen Blase abgehoben hatte, offizinelle Borsalbe auflegen. Einige Stunden nach der ersten Applikation der Salbe zeigte sich am Rücken und an den Oberschenkeln ein scharlachähnliches Exanthem, das rasch die ganze Körperoberfläche mit Ausnahme des Gesichts und der behaarten Kopfhaut überzog und an den Füfsen und Händen bläulich-schwarz verfärbt und petechienartig war. Das Kind wurde appetitlos, matt und apathisch, es trat Erbrechen und Diarrhoe auf, und unter rapidem Kräfteverfall kam es am vierten Tage nach Beginn der Salbenbehandlung zum Exitus, nachdem ca. 80 g Borsalbe verbraucht waren. Fieber hat nach Angabe der Mutter nie bestanden, die Temperatur war eine halbe Stunde vor dem Tode 36,1 im After. Die Umgebung der Wunde war nicht entzündet; Urin konnte nicht untersucht werden. Die Sektion hatte ein vollständig negatives Ergebnis. — Es handelte sich nach Ansicht D.s zweifellos um eine Borsäureintoxikation; der Fall beweist, dafs die Anwendung der offizinellen 10%igen Borsalbe bei frischen Brandwunden von gröfserer Ausdehnung, wenn sich noch keine schützende Granulationsdecke gebildet hat, wenigstens bei Kindern nicht ungefährlich ist. Zwei ähnliche Fälle von tödlich verlaufender Borsäurevergiftung wurden von Lewin beschrieben. *Götz-München.*

Die Pathogenese der anatomo-pathologischen Veränderungen und des rasch eintretenden Todes bei den ausgedehnten Verbrennungen der Haut, von Liotti. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1905. Nr. 7.) Verfasser gibt folgende Erklärung für den raschen Tod nach Verbrennungen. Durch die Wirkung der Hitze auf die Haut und die darunter liegenden Gewebe entstehen heftige Gifte, die nach ihrer Aufnahme in den Lymphstrom schwere Veränderungen in den Organen verursachen. Andererseits wird durch die Brandwunde ein Teil der Hautoberfläche ihrer Funktion beraubt, wodurch Stoffwechselprodukte, die eliminiert werden sollten, im Organismus zurückbehalten werden. Die auf diese Weise entstandenen organischen Gifte führen ihrerseits zu einer sekundären toxischen Lähmung der respiratorischen und vasomotorischen Zentren, wobei die rohe Wirkung der Hitze auf die peripheren Nervenendigungen das ihrige beiträgt, indem sie sich auf die genannten Nervenzentren reperkutiert. Aufserdem kommen in Betracht die schweren und tiefen Veränderungen in den inneren Organen, der Verlust an Blutplasma, die chemischen, morphologischen und funktionellen Störungen im Blute, seine Überhitzung in loco der Verbrennung, die Thrombosen und Embolien durch Blutplättchen, Fettembolien. *C. Müller-Genf.*

Beiträge zur Prognose und Therapie schwerer Verbrennungen, von Otto Schwenker. (Inaug.-Dissert. Bonn 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Neurotische Entzündungen.

Die trophischen Störungen der Haut und der Schleimhäute bei Hysterie, von A. Faworsky-Kasan. (*Med. Blätter.* 1905. Nr. 6.) Ein 16jähriges Mädchen zeigte bei der Aufnahme ins Krankenhaus folgenden Befund: Gesicht, Hals, oberer Teil der Brust und des Rückens sind ödematös geschwollen, fühlen sich hart an, ohne Dellen zurückzulassen nach dem Druck. Die Cervikaldrüsen links vergrößert, hart, schmerzhaft. Die Haut gespannt, von bläulichem Ansehen. Diese Färbung geht auch auf die Haut der Schultergegend und der Finger über. Wangen und Augenlider sind dunkler koloriert. Dabei bemerkt man zerstreut ohne Symmetrie bläulich-rote Flecken von der Größe eines Kernes bis zum Silberrubel. An dem Rande des oberen Augenlides um die Wimpern herum sieht man gleichsam Tropfen getrockneten Blutes. Die Venen an diesen Stellen sind erweitert, ebenso ist dies der Fall, wo die roten Flecke sich finden. Diese Flecke verschwinden auf Druck. Im Verlauf des N. tibial. post. sin. begegnet man auf der dem Ansehen nach gesunden Haut, Flecken von roter Färbung ins Bläuliche schimmernd, ähnlich der Roseola. Auf der Dorsalseite der rechten Hand findet sich ein weißer Fleck von der Größe eines Silberrubels. Temperatur nach Jennisch an den gefärbten Stellen 31⁸/₅°, an den gesunden 28³/₅°. Ausgesprochene Dermographie unter Abblassung der gezeichneten Figuren. Beim Übergang des harten Gaumens in den weichen sieht man denen in der Haut analoge Flecke. Die elektromotorische Erregbarkeit ist überall normal. Knochenbau normal. An der Vereinigung der zweiten Rippe mit dem Brustbein symmetrische Periostitis. Das Nervensystem ergab bis auf gestörte Sensibilität eine Hyperämie am oberen Teil der Brust, des Halses, auf dem Gesicht, dem Kopf und dem oberen Teil des Rückens, eine Hyperästhesie am Oberarm, eine Anästhesie auf der Dorsalseite der Phalangen, eine Herabsetzung der Tastempfindung, an den ersten Phalangen nichts Abnormes. Kein Eiweiß, kein Zucker, Dilatatio cordis, Milz und Leber normal. Während einer fünfmonatlichen Beobachtungszeit traten krampfartige, hysterische Anfälle auf, öfters Nasenbluten, plötzliches Erscheinen von Ecchymosen am Körper und von Blutpünktchen an den Wimpern, plötzliches Austreten von Flüssigkeit an der Dorsalseite einiger Finger und an der Ohrmuschel. Das Auftreten der Ecchymosen war begleitet von einer Schmerz- und Juckempfindung an den befallenen Stellen. F. sieht die Hautveränderungen als hysterischen Ursprungs an. Das Wesen des Leidens besteht in einer Herabsetzung der Fähigkeit der Vasokonstriktoren, zum Teil in einer Erregung der Zentren der Vasodilatatoren im Gehirn. Das Erscheinen der Ecchymosen faßt F. als Äquivalent eines hysterischen Anfalls auf. *Putzler-Danzig.*

Über einen Fall von Malum perforans pedis, von Hans Hendriksen. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) Im beschriebenen Fall ist bemerkenswert, daß die sechs Jahre jüngere Schwester des 52jährigen Patienten das gleiche Leiden gehabt haben soll. Eine bestimmte Ätiologie ist, wie in so manchen ähnlichen Fällen, nicht festzustellen gewesen. Nach der Ansicht von v. Düring ist es nicht unwahrscheinlich, daß es sich um Lepra handelte.

Nur für diese Fälle mit dunkler Ätiologie schlägt Verfasser vor, den alten Namen „Mal perforans du pied“ oder den entsprechenden lateinischen Namen Malum perforans pedis festzuhalten; für diejenigen Fälle aber, bei denen eine bestimmte Ätiologie zu erkennen ist, diese durch ein entsprechendes Beiwort auszudrücken, z. B. Malum perforans pedis diabeticum, leprosum, trophoneuroticum usw., je nach der Ätiologie. *Fritz Loeb-München.*

Über das Malum perforans pedis, von Adolf Kimmerle. (Inaug.-Dissert. München 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Syringomyelie, von Meder-Cöln. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1904. Nr. 16.) M. stellte in der Versammlung der Medizinalbeamten zu Cöln einen Patienten mit Syringomyelie vor. Auffallend war bei dem Kranken, dafs die Entzündungserscheinungen an der rechten Hand und am rechten Unterarm schubweise, ohne äufsere Veranlassung aufgetreten waren. Dazu kamen deutliche Ernährungsstörungen; so ist an der rechten Hand und dem Vorderarm Tast-, Schmerz-, und Temperatur-Empfindung vollständig erloschen. Eine Hautfalte kann mit der Nadel ohne Schmerzäufserung durchstochen werden. Nur in der Mittellinie der Handgelenksbeuge ist noch eine etwa Markstück grofse Stelle, wo die Schmerzempfindung gut erhalten ist. Auch am Oberarm, der rechten Brust- und Rückenseite sind sämtliche Gefühlsqualitäten herabgesetzt, am wenigsten das Tastgefühl, am stärksten das Temperaturgefühl. Nach links ist vorn wie hinten die Grenze genau in der Mittellinie gelegen, nach oben zu am Unterkieferrand bezw. der Haargrenze, nach unten zu an der sechsten Rippe. Hinten besteht bis herab zur neunten Rippe eine etwa handbreite Zone, in welcher bei erhaltener Tastempfindung die Schmerz- und Temperaturempfindung erheblich herabgesetzt ist. *Putzler-Danzig.*

Angina, Erythema exsudativum multiforme, Pleuritis exsudativa dextra, von D. Epstein-Kiew. (*Wien. klin. Rundsch.* 1905. Nr. 5.) Eine junge Patientin erkrankt im Frühjahr zur Zeit einer „Influenza-Epidemie" plötzlich, und zwar unter dem Bilde einer Infektionskrankheit. Der Erreger dringt durch die Mundhöhle in den Organismus, durchbricht die Schutzwehr, die Tonsillen, erzeugt eine Angina, gelangt in die Blutbahn, erzeugt in der Pleura, wo er sich ablagert, eine Pleuritis und ebenso in der Haut ein Erythema exsudativum multiforme. Für den rheumatischen Charakter der Krankheit spricht Beginn, Verlauf und die relativ rasche Restitutio ad integrum sowie der cytodiagnostische Befund der Punktionsflüssigkeit.

Putzler-Danzig.

Appendicitis, eine Darmkomplikation des Erythema exsudativum multiforme, von James S. Chenoweth-Louisville, Vg. (*Med. News.* 1905. Nr. 9.) Erscheinungen von seiten der inneren Organe, entweder als Vorläufer oder Folgen des Erythema exsud. multiforme, sind häufig beobachtet worden und können sogar zu einem tödlichen Ausgang führen; Lungen, Gehirn, Nieren, Magen, Darm waren schon beteiligt. In letzteren Fällen kommen nicht selten heftige Kolikschmerzen, hohes Fieber, Nasenbluten, Haematemesis usw. vor. Ch. hat schon früher (im Jahre 1896) über Fälle von Appendicitis in Verbindung mit Erythema multiforme berichtet und glaubt, dafs die Zirkulationsstörungen als Ursache der Appendicitis gar nicht so selten seien, aber noch zu wenig Berücksichtigung von seiten der Ärzte fänden. Die Diagnosis ist in solchen Fällen oft eine sehr schwierige; denn einerseits könnten in Verbindung mit dem Erythema auftretende Darmerscheinungen (sog. Abdominal-Krisen) fälschlicherweise zur Diagnose Appendicitis führen, andererseits könnte der noch schlimmere Mifsgriff gemacht werden, eine gleichzeitig mit dem Erythema auftretende Appendicitis, die anfänglich nur in Kongestion, dann Blutungen in dem Wurmfortsatz, schliefslich Entzündung besteht, und durch sekundäre Infektion sogar in Gangrän übergehen kann, nicht zu erkennen. Die „Erythema-Appendicitis" zeigt dieselben klassischen Symptome wie die gewöhnliche Wurmfortsatzentzündung, während bei einfacher Darmkrisis vor allem der ausgeprägte lokale Schmerz und die Muskelsteifigkeit fehlen. Zwei in letzter Zeit erlebte Fälle, die je diese beiden Arten illustrieren, beschreibt Ch. eingehender. Im zweiten Falle, wo Erythema mit Appendicitis kompliziert war, zeigte der klinische wie mikroskopische Befund, dafs die Veränderung im Wurmfortsatz primär dieselbe wie die in der Haut vorhandene war. Das Erythema exsudativum multiforme kann also zuweilen einen wertvollen Fingerzeig für die Diagnose der

Wurmfortsatzentzündung abgeben; auch scheint es Ch., dafs allzuviel Wert auf die Bakterien bei der Entstehung der letzteren gelegt und andere, konstitutionelle Ursachen, welche prädisponierend (Hyperämie erzeugend) wirken, zu wenig beachtet würden. *Stern-München.*

Erythema und Urticaria, gleichzeitig mit einem angioneurotischen Ödem, nur durch Einwirkung der Sonnenstrahlen entstanden, von S. B. Ward-Albany. (*New York med. Journ.* 15. April 1905.) Diese Hauteruptionen, bestehend aus deutlich erhabenen Flecken und Streifen und verbunden mit heftigem Brennen und Jucken, traten bei Patientin nur an den entblößten und denjenigen Körperstellen auf, welche mit einer Kleiderschicht bedeckt waren (ein dicker Schleier, Handschuhe usw. schützen vor der Affektion), und zwar bei direkter Bestrahlung durch die Sonne; hörte dieselbe auf, so verschwand die Eruption nach 10 bis 60 Minuten. Zuweilen war an den betreffenden Körperstellen die Schwellung so ausgedehnt, dafs jede Bewegung unmöglich war. Dafs diese Disposition nicht auf die Einwirkung der Hitze allein zurückzuführen ist, bewies der Umstand, dafs Patienten stundenlang vor einem offenen Kaminfeuer sitzen konnte, ohne dafs irgendeine Hautveränderung eintrat. W. erklärt dies vielmehr mit einer Art ungewöhnlicher vasomotorischer Störung, welche zuerst Erythema und bei entsprechend längerer Einwirkung der Sonnenstrahlen Urticaria und sogar Ödem verursacht; in ähnlicher Weise sei auch bei manchen, für Kälte besonders empfindlichen Personen eine Art Krampf oder Lähmung der Vasomotoren als Ursache dieser Disposition anzuführen. *Stern-München.*

Zur Lehre vom Herpes zoster nebst Mitteilung über eine in Breslau beobachtete Zosterepidemie, von Otto Sachs-Wien. (*Zeitschr. f. Heilkunde.* 25. Band [Neue Folge, 5. Bd.] 1904. Heft 12.) Eingangs verbreitet sich Verfasser mit eingehender Berücksichtigung der hierher gehörigen Literatur über das Wesen der Herpeserkrankungen. S. nimmt keinen Unterschied zwischen dem Zoster und den übrigen Herpesformen an. Ausführlich wird die Frage der Ätiologie behandelt. Für die infektiöse Natur scheint eine Reihe klinischer Momente zu sprechen, zunächst die Beobachtung von Zosterfällen mit generalisierter Eruption, die scheinbare Immunität, welche eine einmalige Erkrankung hinterläfst, und die Drüsenschwellungen. Das in vielen Fällen beobachtete Fieber, die Abgeschlagenheit, das gleichzeitige Auftreten anderer, schwerer Erscheinungen, wie Haematurie, deuten auf eine mehr oder minder schwerere allgemeine Infektion hin.

Bei der Epidemie, die S. von Juni bis November 1901 in Breslau zu studieren Gelegenheit hatte, handelte es sich um 69 Fälle. Die subjektiven Beschwerden der Erkrankten bestanden vornehmlich in geringer Störung des Allgemeinbefindens, Abgeschlagenheit, Mattigkeit. Meist waren neuralgische Schmerzen, verbunden mit Jucken und Brennen an der beteiligten Stelle. Es überwiegte der rechtsseitige über den linksseitigen Intercostalzoster. Was das Lebensalter anlangt, so war besonders das mittlere befallen, aber es fand sich auch ein Fall von drei Jahren und ein solcher von 73 Jahren. Kinder und Frauen waren am häufigsten erkrankt. Besonderes Interesse bieten drei Fälle, in denen es sich um die hämorrhagische Form des Zoster handelte. Bei vier Fällen war die regionäre Lymphdrüsenschwellung sehr ausgeprägt, die Drüsen waren über bohnen- bis haselnufsgrofs angeschwollen und auf Druck ziemlich schmerzhaft.

Einmal wurde auch Zoster ophtalmicus beobachtet; dieser begann auf der Stirn über dem rechten Auge, die Affektion breitete sich alsbald nach unten auf das rechte Auge und auch auf den behaarten Kopf aus. Acht Tage nach dem Auftreten der Herpesbläschen konnte Patient auf dem rechten Auge nichts mehr sehen; es hatte sich ein Ulcus corneae perforatum mit Prolapsus corporis vitrii gebildet. Der Patient

war 63 Jahre alt; er konnte erst nach acht Wochen aus der Klinik entlassen werden. Berücksichtigt man, dafs Herpes zoster ophtalmicus bei alten Leuten sehr oft als Frühsymptom einer Pachymeningitis, Meningo-encephalitis, progressiven Paralyse oder Hemiplegie auftritt, so ist die Prognose jedesmal sehr mit Vorsicht zu stellen. Von selteneren Lokalisationen fanden sich in der Epidemie ein Fall von Zoster der oberen und sechs Fälle von Zoster der unteren Extremität.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Ein Fall von Ischias mit komplizierendem Herpes, von Hans Meyer-Elster. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 4.) Der von M. beschriebene Fall charakterisiert sich als typischer Herpes zoster femoralis mit ischiadischen Schmerzen, die schon acht Tage vor der Eruption eingesetzt hatten und mit dem Abheilen des Exanthems verschwanden. Warum M. den Fall als „Ischias mit komplizierendem Herpes" auffafst, ist nicht recht einzusehen; denn dafs neuralgische Schmerzen einer Herpeseruption vorausgehen und sich über den cutanen Krankheitsbezirk hinaus erstrecken, ist doch durchaus nichts Ungewöhnliches. *Göts-München.*

Über den rezidivierenden Herpes digitalis und facialis und seine Beziehungen zum Zoster, von O. Posemann. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.)

Fritz Loeb-München.

Die croupöse Pneumonie auf der I. medizinischen Klinik in München in den Jahren 1899 bis 1903 inkl., von Clemens Dietrich. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Das Auftreten von Herpes wurde in 72 Fällen = 33,96% (von 212) beobachtet, ein Exanthem zeigte sich bei drei Erkrankten. *Fritz Loeb-München.*

Hydroa vacciniformis, von Felix Malinowski. (*Gazeta lekarska.* 1905. Nr. 5 bis 6.) Nach kurzer Besprechung der bereits beschriebenen Fälle dieses seltenen Leidens berichtet Verfasser über seinen Fall, den er über ein Jahr beobachtet. Es handelt sich um einen sechsjährigen Knaben, der Ende März 1903, nachdem er mehrere Stunden der Einwirkung der Sonnenhitze ausgesetzt war, am nächsten Tag von einem hartnäckigen Exanthem befallen wurde, das bis zum Eintritt kälterer Tage im November dauerte. Im Jahre 1904 trat dieselbe Hauteruption wieder Ende März, und zwar viel intensiver als im Vorjahre auf. Das Exanthem entsteht in der Regel akut; plötzliche reichliche Eruptionen kommen je zwei bis drei Wochen vor, und in der Zwischenzeit zeigen sich einzelne frische Effloreszenzen. Das Exanthem nimmt nur die entblöfsten Hautpartien — an der Stirne, Nase, Wangen, Ohren, Dorsalflächen der Hände, selten am Kinn und unter der Nase — ein. Es wird in der Regel von einem winzigen, kaum bemerkbaren und wenig durchsichtigen Bläschen (Knötchen) inauguriert; dasselbe vergröfsert sich excentrisch, wird rund und erreicht am zweiten bis dritten Tag die Gröfse eines Pfefferkorns. In weiterer Entwicklung bildet sich im Zentrum des Bläschens eine Vertiefung mit Blutaustritt, dann eine Borke und nach Abfallen derselben bleibt endlich eine ziemlich tiefe Narbe zurück, ähnlich wie nach Variola. Die gröfsten Bläschen sieht man an den Ohrmuscheln; ihr Durchmesser beträgt manchmal ca. 2 cm. Ab und zu konfluieren mehrere Bläschen; doch kann man dann, dank den dunkelbraunen Borken im Zentrum jedes Bläschens, immer konstatieren, wie viele Bläschen daran teilgenommen haben.

Das Allgemeinbefinden wird wenig gestört; nur die intensiveren Hauteruptionen werden von kurzdauernder Appetitlosigkeit, unruhigem Schlaf, leichter Temperatursteigerung und Vergröfserung der Hals- und Submaxillarlymphdrüsen begleitet. Die unmittelbare Ursache der Eruption bildet immer die Einwirkung brennender Sonnenstrahlen. Im Blute fand Verfasser einmal während der akuten Eruption 3% eosinophiler Zellen; während der Proruption einzelner Effloreszenzen betrug ihre Zahl $^1/_2$ bis 1%. Im Harne wurden Spuren von Eiweifs nur ein paarmal beobachtet.

Die mikroskopische Untersuchung der ausgeschnittenen Effloreszenzen ergab folgendes Resultat: Der Entzündungsprozefs, auf den von anderen Autoren (Bowen, Mibelli) das Hauptgewicht gelegt wird, kommt wohl zum Ausdruck, doch geht demselben immer eine Nekrose voraus. Es kommt vor allem zur Nekrose der Oberhaut, die sich auch auf das darunter liegende Bindegewebe verbreitert; auf der Grenze mit dem gesunden Gewebe bildet sich infolge der dadurch hervorgerufenen Reizung Infiltration und seröse Exsudation. Man sieht deshalb auf dieser Grenze eine kleinzellige Infiltration und flüssige Exsudation, die einerseits das darunter liegende Bindegewebe aufquillt, andererseits die nekrotische Masse durchtränkt. So kommt es zur Entstehung des Bläschens. Die nekrotische Masse trocknet dann ein, wird härter, es bildet sich eine Borke und dann an Stelle der primären Epithelnekrose eine Vertiefung.

Was die Pathogenese des Leidens anbelangt, ist Verfasser geneigt, die Hydroa vacciniformis in die Gruppe verschiedener Hauteruptionen einzureihen, die durch thermische Reize (Sonnenstrahlen, Kälte) hervorgerufen werden, wie Erythema, Erythema papulosum et bullosom, Ekzema, Hydroa puerorum (Unna) und endlich Hydroa vacciniformis. Die letzte wäre dann als der am meisten intensive, weil mit Nekrose beginnende, Prozefs dieser Gruppe zu betrachten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Amyotrophische Lateralsklerose und Pellagra, von A. Testi. (*La Rif. med.* Nr. 14. 1905). Verfasser beschreibt zwei Fälle von amyotrophischer Lateralsklerose bei Brüdern, die an Pellagra litten und von einer an derselben Affektion leidenden Mutter abstammten. Er betont hier den doppelten Einfluſs der Intoxikation und der Heredität auf die Entstehung der Rückenmarkskrankheit. *C. Müller-Genf.*

Akute Exantheme.

Über die Beziehungen einiger Infektionskrankheiten (Morbilli, Scarlatina, Diphterie und Typhus abdominalis) zu den Jahreszeiten, von Edwin Zust. (Inaug.-Dissert. Basel. 1902.)

Statistisches und Klinisches über die Scarlatina unter besonderer Berücksichtigung des erwachsenen Lebensalters, von Alfred Heckel. (Inaug.-Dissert. München. 1904.) Um die Zeit des Auftretens des Exanthems in Beziehung zum Krankheitsbeginn zu bringen, stellt Verfasser folgende Tabelle auf:

In 17	Fällen	(= 22,66 %)	trat	das	Exanthem	am	1.	Krankheitstage	auf
„ 18	„	(= 24 %)	„	„	„	„	2.	„	„
„ 18	„	(= 24 %)	„	„	„	„	3.	„	„
„ 10	„	(= 13,33 %)	„	„	„	„	4.	„	„
„ 2	„	(= 2,66 %)	„	„	„	„	5.	„	„

Fritz Loeb-München.

Der Scharlach in New York und einiges über die Scharlachbehandlung, von A. Seibert-New York. (*New York med. Journ.* 17. Dezember 1904.) Die statistischen Zusammenstellungen aus den 30 Jahren vom 1. Januar 1873—1903 ergaben, daſs die Scharlach-Mortalität ständig abnahm, und zwar von 10,55 von je 10 000 Einwohnern auf 2,5; während also früher je 1 von 1000 Einwohnern an Scharlach starb, ging diese Sterblichkeit auf 1 von 4000 Einwohnern zurück. Auſser an Kurven demonstriert Verfasser auch in kartographischer Darstellung die zeitliche und räumliche Verteilung des Scharlachs in New York, welche er noch des näheren erläutert. Im allgemeinen ergaben sich dabei folgende Schlüsse: 1. Scharlach ist das ganze Jahr hindurch in New York vorhanden und in den verschiedenen Stadtteilen vorkommend,

und zwar in direktem Verhältnis zu der Bevölkerungsdichtigkeit. 2. Die hauptsächlichsten Übertragungsherde sind die Schulen; Schulkinder natürlich vor allem befallen und 3. die Infektion erfolgt nur durch direkte Übertragung. In der Überzeugung, dafs die Scharlachkeime, Streptokokken, im Rachen, in Lymphdrüsen und in der Haut längere Zeit verweilen, bevor sie ins Blut übergehen, und dafs sie in diesen primären Herden zerstört werden können, wandte S. während der letzten zehn Jahre in jedem Falle von Scharlach 5—10%iges Ichthyolin-Lanolin an, welches zwei- bis viermal täglich auf die ganze Haut aufgetragen resp. fest in dieselbe eingerieben wurde. Juckgefühl und Schwellung nahmen dadurch ab und späterhin fehlt fast vollständig, auch nach sehr schweren Fällen die Abschuppung, ein Beweis, dafs die Hautentzündung bedeutend beeinflufst worden war. Aufserdem verhindert diese Salbenbehandlung weitere Übertragung, denn in zahlreichen Fällen, wo Familien mit drei bis sieben Kindern auf engem Raume beisammen wohnten, brach kein weiterer Scharlachfall mehr aus, nachdem der erste so behandelt worden ist. Die Desinfektion des Rachens nimmt S. nun nach verschiedenen vergeblichen Versuchen mit anderen Mitteln (Ichthyol, Chlorwasser) mit 50%iger Resorcin-Alkohollösung vor, und zwar, sobald ein Exsudat im Halse sich zeigt; diese Lösung wird nur mittels Wattebäuschchen appliziert und ein paar Sekunden auf der affizierten Stelle belassen, in welche sie tief einzudringen die Fähigkeit hat, und wo sie jeden Streptococcus (oder anderen Keim), mit dem sie in Berührung kommt, zerstört. Bei früh auftretenden und leichten Rachenaffektionen wird diese Behandlung einmal täglich, bei vorgeschritteneren zweimal und in ganz schweren Fällen alle zwei- bis vier Stunden (welch' eine Arbeit für die Pflegenden! Ref.) vorgenommen. Diese energische Behandlung erklärte S. als völlig harmlos für den Patienten; sie kann bei Kindern wie bei Erwachsenen angewandt werden, und zwar so lange, bis kein Exsudat und keine Drüsenschwellung mehr vorhanden ist. Bei wirklicher Diphtherie oder Verdacht auf solche mufs natürlich das Heilserum angewendet werden. Gerade in den gefährlichsten Fällen von Rachenkomplikation finden sich nach Ss. Erfahrung keine Löfflerschen Bazillen und hier habe sich obige Behandlungsart besonders gut bewährt. *Stern-München.*

Über die Infektiosität und die Behandlung der Scarlatina, von W. T. Gordon-Pugh-London. (*Lancet.* 4. Februar 1905). In früherer Zeit galt es für ausgemacht, dafs die Übertragung der Scharlachinfektion in direktem Zusammenhang mit der Desquamation stehe, und dafs mit der Beseitigung der Schuppenbildung die Infektionsgefahr zu Ende sei. Hiergegen haben sich in neuerer Zeit verschiedentlich Stimmen erhoben. Verfasser führt eine Reihe von Publikationen an, aus denen zu entnehmen ist einerseits, dafs die Beendigung der Abschuppung und ein Aufenthalt von fünf bis sechs Wochen im Krankenhaus keinen sicheren Schutz dagegen gewährt, dafs Familienmitglieder im Anschlufs an die Entlassung des betreffenden Patienten nicht auch erkranken, und andererseits dafs trotz Entlassung von Patienten vor vollständiger Beendigung der Abschuppung eine weitere Ansteckung keineswegs mit Notwendigkeit zu erfolgen braucht, falls sonstige Komplikationen fehlen. In erster Linie wird jetzt dem Zustand der Nasenschleimhaut und ferner einem etwaigen Mittelohrkatarrh gröfsere Bedeutung beigelegt. Eine endgültige Entscheidung dieser Frage wird nicht zu erwarten sein, bevor die eigentliche Materia peccans, der infizierende Organismus, ob pflanzlicher oder animalischer Art, nachgewiesen ist; und P. legt es den obrigkeitlichen Behörden nahe, durch Zuwendung der nötigen pekuniären Beihilfe weitere Untersuchungen in dieser Hinsicht zu fördern. Als zweckmäfsigste Fürsorge für die einzelnen Fälle betrachtet er die Behandlung in Isolierhospitälern mit getrennten Räumen für jeden einzelnen Fall, wie dies in Amerika und in Frankreich schon praktisch durchgeführt ist, indem für jedes kranke Kind eine besondere, hauptsächlich

durch Glaswände abgetrennte Zelle hergestellt ist. Auf diese Weise wird dann auch der sonst sehr wenig beachteten Möglichkeit einer Reinfektion entgegengetreten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Infektiosität bei Scharlach, von R. M. Littler-Southport. (*Brit. med. Journ.* 18. Febr. 1905.) Ein sechsjähriges Mädchen wurde wegen Scarlatina im Krankenhaus aufgenommen und verblieb dort wegen katarrhalischer Rhinitis länger, als sonst üblich, im ganzen neun Wochen. Bei der Entlassung war nichts Abnormes mehr nachweisbar. Die Wohnung wurde von Gesundheitsbeamten vorschriftsmäfsig desinfiziert. Nach weiteren drei Wochen wurde das 14 Monate alte Brüderchen, das man inzwischen bei Verwandten untergebracht hatte, wieder nach Hause gebracht, und drei andere Kinder kamen mit ihm. Binnen fünf Tagen waren alle vier erkrankt, der Knabe mit zwei der anderen Kinder mit typischem Scharlach und das vierte Kind mit Angina.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Ätiologie des Scharlach. Vorläufige Mitteilung von John Siegel-Berlin. (*Med. Klinik.* 1904. Nr. 2.) Im Blute scharlachkranker Menschen hat Verfasser glänzende, gallertartige Scheibchen gefunden. Im Innern derselben erkennt man eine Andeutung von Kernbildung. Nach Färbung mit Azur-Eosin sieht man deutlich Kernbilder in den verschiedensten Stadien der Teilung, von Zweiteilung an bis zur Morulabildung, und weiterhin Auflösung der Morula in eine Anzahl längsgestreckter kleinster Körperchen, $^1/_3$—1 μ lang. Diese zeigen grofse lokomotorische Bewegungsfähigkeit und charakterisieren sich als Protozoen. Im Blut mit Scharlachgift geimpfter Kaninchen findet man schon nach 24 Stunden die charakteristischen Körper, besonders zahlreich im Organsaft der Niere, Leber und Milz.

Eine ausführliche Beschreibung mit photographischen Bildern soll im *Centralbl. f. Bakteriol.* demnächst erscheinen. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Eine durch Milch verursachte Scharlachepidemie, von K. G. Tingvall-Westerås (Schweden). (*Hygien. Rundschau.* 1904. Nr. 3.) Im Januar 1902 beobachtete Verfasser eine Scharlachepidemie von 27 Erkrankungen in 22 Familien. Die Erkrankten stammten alle aus dem gleichen Stadtteile der schwedischen Stadt Westerås. Nachforschungen ergaben, dafs sämtliche Familien aus demselben Laden ihre Milch bezogen; letztere, etwa 100 Liter täglich, war von einem Gute bezogen. Nachweislich war die Milch von allen roh genossen. Auf dem Gute erkrankten ebenfalls drei Personen an Scharlach.

Verfasser ist der Ansicht, dafs die gemeinsame Milchquelle die Infektion verschuldete.

Alle Kranken genasen (vier Fälle waren durch hämorrhagische Nephritis komplizert).

Nach dieser Epidemie erkrankte aus dem betreffenden Stadtteile im ganzen Jahre niemand wieder. *Heinrich Rausch-Darmstadt*

Klinische Beobachtungen über Scharlach, mit spezieller Berücksichtigung von Herz- und anderen Komplikationen und therapeutischer Gesichtspunkte, von Louis Fischer-New York. (*New York med. Journ.* 17. Dez. 1904.) Nach F.s Erfahrungen sollte bei Beurteilung der Scharlach-Prognose weniger die Temperatur als das Herz- resp. die Pulsbeschaffenheit in Betracht kommen. Eine Pulszahl, welche allmählich von 120 auf 130, 140, 150 und noch höher steigt, ist immer von schlimmer Bedeutung; genaue Herzuntersuchung wird gewöhnlich eine Komplikation entdecken und bei vorhandenen systolischem Geräusch kann man beginnende Endocarditis annehmen. Andererseits ist die Gefahr einer Myocarditis vorhanden, wenn im Verlaufe einer akuten Infektionskrankheit im Kindesalter der Puls allmählich von 100 auf 90, 80 ja bis 60 herabgeht, wovon F. ganz charakteristische Fälle bei Scharlach gesehen

hat. Ein so geschwächtes Herz wird natürlich viel weniger den Toxinen des Scharlachs standhalten können und es ist sehr wichtig, in solchen Fällen die Bettruhe möglichst lange auszudehnen. Für F. ist es sogar in jedem Falle von Scharlach erste und wichtigste Regel, die Patienten wenigstens vier Wochen im Bett zu belassen, dann nicht die Temperatur, sondern vor allem die Herzbeschaffenheit als Anzeige für die weitere Entwicklung der Krankheit anzusehen. Flüssige Kost, entsprechende Ventilation des Krankenzimmers; zu empfehlen ist, den Körper mit Lanolin, Karbolvaselin oder ähnlichem zu bedecken. Von Medikamenten meidet F. durchaus Antipyretica wegen ihrer ungünstigen (deprimierenden) Wirkung auf das Herz. Spartein, Strophantus, 5—10 Tropfen einer 1 : 5000 Adrenalin-Lösung sind gute, besonders herzstärkende Mittel; zumal letzteres ist ohne Nebenwirkung auf die Magenschleimhaut und ohne kumulierende Eigenschaften.[1] Heifse, speziell heifse Luftbäder sind im allgemeinen kontraindiziert, da sie die Herzkraft schwächen. Überhaupt hält es Verfasser für einen guten Rat, diejenigen Organe, von deren Seite Komplikationen zu befürchten sind, gleichsam zu stützen, lange bevor diese Komplikationen eingetreten sind, und so den Versuch zu machen, dieselben zu verhüten. *Stern-München.*

Zur Scharlachdiagnose, von G. A. Ferraby-Nottingham. (*Brit. med. Journ.* 18. Febr. 1905.) Verfasser glaubt, einen gewissen leichten Grad von Dermatographie im Beginn des Scharlachexanthems am ersten Tage mit Regelmäfsigkeit angetroffen zu haben. Im späteren Verlauf ist die Erscheinung nicht mehr nachweisbar.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Endocarditis mit Pericarditis im Gefolge von Scarlatina; Behandlung mit Antistreptokokkenserum; Genesung, von A. R. Spencer-London. (*Lancet.* 18. Febr. 1905.) Bei dem fünfjährigen Knaben traten die Erscheinungen einer Herzaffektion erst nach einer anscheinend vollkommenen Rekonvaleszenz von mindestens drei Wochen hervor. Zugleich trat am ganzen Rumpfe und den Extremitäten ein anfangs hell, später dunkelrotes, ringförmiges Erythem auf. Im weiteren Verlauf trat noch ein unregelmäfsiger papulöser Ausschlag hervor, dessen Natur aber auch nicht genau ersichtlich ist, jedoch vielleicht auf die Injektion von Antistreptokokkenserum bezogen werden kann. Im übrigen schien die Behandlung eine entschieden günstige Wirkung ausgeübt zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Scarlatinoid nach Diphtherie, von A. B. Marfan. (*La Presse méd.* 1905. Nr. 35.) Mit diesem Namen belegt M. das oft bei Diphtherie nach der Seruminjektion erscheinende scharlachähnliche Erythem. Es tritt oft etwa fünf bis sechs Tage nach der Injektion unter Fiebererscheinungen von der Injektionsstelle ausgehend ein scharlachähnliches Exanthem auf, welches mehr oder weniger den ganzen Körper und auch die Zunge befällt und nach wenigen Tagen ohne starke Abschuppung — im Gegensatz zum wirklichen Scharlach — wieder spurlos verschwindet. Prognostisch ist das Eintreten dieses Erythems eher günstig als ungünstig, wie die Erfahrung zeigt. Dieses Erythem ist nicht durch das Serum als solches bewirkt, denn wenn man gesunden Menschen Diphtherieserum einspritzt, so beobachtete man nie das Erythem, es gehört vielmehr zu der Gruppe der infektiösen Exantheme mit Streptokokken und Diplostreptokokken, oder es ist ein wirkliches Scharlach, nur beeinflufst durch die vorhergegangene Diphtherie und die Serumbehandlung, also eine Komplikation des Grundleidens; die klinische Untersuchung ist nicht imstande, mit Sicherheit diagnostisch wahren Scharlach von dem metadiphtheritischem Skarlatinoid zu unterscheiden, ebensowenig die Bakteriologie, nur sind bei dieser Krankheit die eosino-

[1] Wird der Puls beobachtet, so können wir mittels Adrenalin häufig einen raschen, fliegenden Puls reduzieren und die Herztätigkeit stärken.

philen Zellen mehr als beim Scharlach und man trifft bei dem Erythem anormale Formen von Leukocyten. Jedenfalls kann man bis jetzt nicht sagen, ob es sich um wirkliches Scharlach handelt oder nur um eine andere Form, solange nicht ein absolutes Unterscheidungszeichen, sei es nun bakteriologisch oder hämatologisch, gefunden ist. Es scheint sich also um eine Sekundärinfektion zu handeln in Form eines anormalen Scharlachs. Therapeutisch behandelt man dieses Erythem ebenso wie Scharlach mit Milchdiät, vielem Trinken, Kalomel im Anfang und Bädern bei hohem Fieber. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Scarlatina bei einem dreiwöchigen Säugling, von J. Allan-Ayr. (*Brit. med. Journ.* 18. März 1905.) Abgesehen vom Alter des Kindes ein typischer Fall. Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

In dem vor kurzem erschienenen II. Bande des V. internationalen Dermatologenkongresses (Berlin, 1905) befindet sich in der Rede des Herrn Dr. Zenowsky-Odessa, unrichtig Professor genannt, eine Stelle (S. 14), in welcher gesagt ist, dafs die Kongresse für russische Dermatologen eine ganz besondere Bedeutung hätten, da bis jetzt in Rufsland keine Zeitschrift der Dermatologie existiere. Dr. Zenowsky war es gewifs nicht bekannt, dafs Prof. Dr. J. F. Selenew-Charkow schon seit fünf Jahren die „Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten" herausgibt.[1]

Kiew. Dr. A. J. Iwanow.

Zur Naturheilbewegung, von von Nissen-Wiesbaden. (*Ärztl. Vereinsbl.* Nr. 551.) von Nissen gibt einen kurzen Bericht über den von dem „Naturarzt" Dr. med. Spohr aus Frankfurt a. M. im „Verein für volkverständliche Gesundheitspflege" (Naturheilverein) gehaltenen Vortrag: „Ist Syphilis ohne Quecksilber heilbar?" Spohr ist selbstredend äufserster Gegner jeglicher Quecksilbermedikation und beschuldigt sie als Haupturheberin des Tertiärstadiums der Syphilis. Hebra, Virchow, der gesamten Schulmedizin geht der Naturarzt ganz besonders zu Leibe. von Nissen weist in der sich anschliefsenden Diskussion die erhobenen Beschuldigungen zurück.

Auf Anregung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Wiesbaden hielt bald darauf Professor Kopp-München einen Vortrag: „Über die Heilung der Syphilis und die Wirkung der Behandlung auf den Verlauf der Krankheit. Auch hieran schlofs sich eine gröfsere Diskussion mit den anwesenden Antimerkurialisten, Spohr an der Spitze, über deren Ausgang von Nissen leider nichts Näheres berichten kann, da er selbst dem Vortrage nicht beiwohnen konnte. von Nissen empfiehlt der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine tatkräftige Förderung der Syphilisforschung, um den Umtrieben der Naturärzte besser entgegentreten zu können.

Albert Niemeyer-Berlin.

Über einen Fall von erblicher Flughautbildung an den Ellenbeugen, von Fritz Zahrt. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) *Fritz Loeb-München.*

---

[1] Die *Monatshefte* haben diese Zeitschrift regelmäfsig referiert. (Redaktion.)

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 7. 1. Oktober 1905.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Die sogenannte Blastomykose der Haut.

Von

Dr. Friedrich Krause,
Assistenzarzt der Anstalt.

(Fortsetzung.)

III.

Beim Morbus Buschke offenbart auch das mikroskopische Bild die Natur des Krankheitsprozesses als Ulcus. Schon das Sekret der Geschwüre erweist sich als absolut charakteristisch. Es ist kein gewöhnlicher Eiter, und die Erreger der Eiterung werden auch nur in denjenigen Krankheitsherden gefunden, bei denen schon seit einigen Tagen der Verlust der Oberhaut dem Eindringen der pyogenen Mikroorganismen Tür und Tor geöffnet hat. Alle frischen Geschwüre enthalten in ihrem Sekret nur in grofser Zahl Hefezellen, aufserdem polynukleäre Leukocyten, Epithelzellen und Riesenzellen.

Der hauptsächlichste Sitz der Affektion ist die Cutis.

Über dem Ulcus ist das Epithel weithin zerstört. Aber nur in nächster Nähe der Affektion zeigt der noch vorhandene Teil einige Veränderung. Diese besteht in der Hauptsache in einer Hypertrophie der Stachelschicht. Sie spricht sich aus in einem Verstrichensein des Leistensystems und stellenweisem Hinabsenden unregelmäfsiger Epithelzapfen in die Cutis hinein, deren Befund nur zum geringen Teil auf Schrägschnitte zurückgeführt werden kann. In einiger Entfernung vom Ulcus zeigt die Epidermis bereits wieder ein normales Verhalten.

Hefepilze treffen wir aufsen auf die Epidermis aufgelagert sowie in den obersten Lagen der Hornschicht, sodann in der den Basalzellen benachbarten Zellenlage der Stachelschicht, allein nicht entfernt in der Menge, wie wir sie im Zentrum des Ulcus finden werden. Sie liegen hier zwischen den Epithelzellen teils einzeln, teils in Häufchen, wobei es den Anschein hat, als ob sie durch diese Vermehrungsvorgänge in die Stachel-

zellen einzudringen vermöchten, in deren Protoplasma sie dann auch zum Teil mit Sprofsformen nachzuweisen sind.

An dem Ulcus selbst unterscheidet Buschke drei Schichten, die innerste Zone des Zerfalls; zu äufserst die Zone einer, wenn auch geringen Reaktion, zwischen beiden eine Übergangszone.

Im Zentrum findet sich ein völliger Zerfall des Gewebes. Hier ist die Hauptfundstätte der Hefepilze, die in grofser Menge angetroffen werden. Wohl infolge der Einwirkung des Alkohols haben nur wenige eine regelmäfsige Form beibehalten; die meisten präsentieren sich in sichelförmiger, eckiger polymorpher Gestalt. Bei vielen ist, ebenso wie bei den im Epithel gelegenen Hefen, eine accidentelle Membran nachzuweisen. Natürlich fehlten in dieser Zone die elastischen Fasern.

Die mittlere Zone liefs eine Grenzzone gegen das Geschwür und eine gegen die gesunde Haut erkennen. In der ersteren finden wir wieder reichlich Hefezellen, zwischen ihnen jedoch Detritus, Eiterzellen, Epitheloidzellen und spärliche Riesenzellen.

Das Elastin auch hier zerstört. Je näher nach der gesunden Haut, um so mehr nehmen die Hefen an Zahl ab. In dieser Zone wechseln kleine Einschmelzungsherde mit Wucherungsherden ab. Sie zeichnet sich aus durch das reichliche Vorhandensein von Riesenzellen, die hier stets Hefepilze enthalten, oft in Form von Sprossung, die Parasiten vom Protoplasma der Zelle deutlich durch die accidentelle Membran (siehe unten) getrennt. Aufser den Hefen sind in den Riesenzellen noch polynukleäre Leukocyten anzutreffen, Kerntrümmer und Löcher, die augenscheinlich von ausgefallenen Hefen herrühren. In den Wucherungsherden war das Elastin erhalten, in den Eiterherden zerfallen. Plasmazellen waren nur wenig und ohne regelmäfsige Anordnung anzutreffen.

In der äufsersten Zone fehlten die Hefepilze ganz. Es fanden sich nur kleine Herde von Wucherung mit epitheloiden Zellen, Riesenzellen, aber ohne Hefen, die sich nach der Peripherie zu verlieren. An den Gefäfsen sowie an den Anhangsgebilden der Haut liefsen sich Veränderungen nicht nachweisen.

Wenn wir es nun auch nach dem mikroskopischen Bilde mit einer Affektion zu tun haben, bei der durch den Einflufs gewisser Toxine nekrotische Vorgänge zustande kommen, so veranschlagt Buschke die schädigende Einwirkung der Hefe auf das Protoplasma doch nicht sehr hoch, zumal die Veränderungen im Protoplasma auch nach dem Eindringen der Hefe kaum nachzuweisen waren. Andererseits liefsen gelegentliche Befunde von detritusartigen Resten von Hefe im Protoplasma sogar auf einen Sieg der Zelle über die Parasiten schliefsen.

Wir kommen somit nach dem mikroskopischen Bild zu dem Schlufs, dafs der Morbus Buschke einen chronisch bis subchronisch verlaufenden

Prozefs entzündlicher Natur vorstellt, bei dem die massenhafte Wucherung von aufserordentlich wenig toxischen Mikrophyten durch Leukotaxis einen Abscefs (Folliculitis) und später ein Geschwür erzeugt, wobei trotz des chronischen Verlaufs die Bildung einer intensiveren reaktionären Zone in der Umgebung ausbleibt. Der Resumierung Buschkes: „die Hefe dringt von aufsen in die Cutis ein", glaube ich mich nur insofern anschliefsen zu können, als sie ebenso gut auch auf hämatogenem Wege in loco deponiert sein kann. Wie sollten die Herde in Tibia, Olecranon usw. auch anders entstanden sein? Über die Natur der in Ausstrichpräparaten des Sekretes sowie in den Gewebsschnitten so zahlreich aufgefundenen kleinen Gebilde geben in unzweideutiger Weise die von Buschke angestellten bakteriologischen Untersuchungen Aufschlufs. Zu wiederholten Malen gelang es ihm ohne Schwierigkeiten, aus dem Inhalt der Geschwüre auf den gebräuchlichen Nährböden Mikroorganismen zu kultivieren, die sich durch ihre morphologischen und kulturellen Eigenschaften absolut als Hefe charakterisierten.

Die Organismen zeichneten sich aus durch ovale, teils rundliche Gestalt bei aufserordentlich, etwa von 2—30 μ, wechselndem Durchmesser. Besonders leicht liefs sich ihre Struktur bei Suspension in 30 %ige Kalilauge erschliefsen. Mit den gewöhnlichen basischen Anilinfarben färbten sie sich schon in dünner Lösung und liefsen dabei vielfach vor allem im menschlichen Organismus, gelegentlich aber auch in alten Kulturen einen breiten, zart gefärbten Saum, „die accidentelle Membran", erkennen.

Gegen das Gram-Verfahren verhielten sie sich ablehnend, nach Weigert waren sie leicht zu färben; im Gewebe stellte sie am präzisesten das Verfahren nach Russel (Karbolfuchsin-Jodgrün) dar.

Das Wachstum erfolgte stets obligat aërob, bei Zimmer- und Brutemperatur, in flüssigen Nährböden in Gestalt eines zusammenhängenden weifslichgelben, späterhin krümeligen Bodensatzes. Häutchenbildung wurde nur in ganz alten Kulturen gesehen. Auf Gelatine und Agar mit und ohne Zusatz von Traubenzucker, Maltose, Bierwürze, entstand ein weifsgelblicher bis schwach bräunlicher, leicht glänzender, undurchsichtiger, fadenziehender Belag. Auf der Kartoffel war dieser Belag dicker opaker, sehr bald gelbbraun pigmentiert und fast glanzlos.

Die Fortpflanzung geschah durch Sprofsbildung, entweder direkt oder indem durch Auswachsen der Hefezellen sich gelegentlich kleine, kurze mycelartige Fädchen bildeten, von denen sich die Hefen dann abschnürten. Es mufs ausdrücklich bemerkt werden, vor allem in Rücksicht auf die später zu beschreibenden bakteriologischen Befunde bei der Gilchristschen Erkrankung, dafs es sich nicht um die Bildung eines wirklichen Mycels, wie bei den Fadenpilzen, handelte. Im Tierkörper hat Buschke derartige Fädchen niemals gesehen.

Zucker wurde zu Alkohol und Kohlensäure vergoren.

Von besonderer Wichtigkeit sind die Impfergebnisse. Gelang es Buschke doch durch Einreiben von Geschwürssekret wie Reinkulturmaterial auf unverletzte sowohl wie leicht geritzte Haut seiner Patientin kleine follikulitidenartige Eruptionen mit nachfolgender Bildung von Geschwüren zu erzeugen, aus denen die Hefen wieder gezüchtet werden konnten. Desgleichen gelang es ihm, bei Tieren der menschlichen Affektion zum mindesten durchaus ähnliche Bilder zu erzeugen.

Beim Vergleich des histologischen Bildes und des bakteriologischen Befundes mufs es als erwiesen angesehen werden, dafs die in den Schnitten so zahlreichen kleinen Körperchen und die ihnen in der Gröfse und dem färberischen Verhalten gleichenden und ohne Schwierigkeit zu wiederholten Malen gezüchteten Mikroorganismen identisch sind.

Aus der Art ihres Wachstums auf den Nährböden, aus der Fortpflanzung durch Sprossung ohne Bildung eines wirklichen Mycels und der Zerlegung des Zuckers in Alkohol und Kohlensäure ist zu schliefsen, dafs es sich um eine Hefe handelt. Aus dem histologischen Befund in Verbindung mit den Impfergebnissen erhellt, dafs die gezüchteten und als Hefe agnoszierten Mikroorganismen den Morbus Buschke auch wirklich erzeugten.

Um die gleiche Frage nun auch für den Morbus Gilchrist zu erörtern, wenden wir uns zunächst dem histologischen Befunde zu und erkennen, dafs, wie beim Morbus Buschke auch hier das histologische Bild dem klinischen Aspekt entspricht, nur dafs wir es nicht, wie beim Morbus Buschke, mit einem ausgesprochen geschwürigen Prozefs zu tun haben, sondern mit unverkennbaren Wucherungsvorgängen. Der exquisit warzige, der Tuberculosis verrucosa cutis gleichende Charakter der Affektion macht sich in mannigfachen Erhebungen und Vorsprüngen über das Niveau geltend, die mit tiefen papillenartigen Einsenkungen abwechseln und ihrerseits vielfach mit den Resten von Exsudaten und von Bakterien durchwucherten Detritusmassen bedeckt sind. Die Hornschicht ist vielfach zerstört, an anderen Stellen wieder wesentlich verdickt, eine Eleidinschicht in der Regel nicht nachweisbar.

Die Stachelschicht ist im wesentlichen der Sitz der krankhaften Veränderung. Sie zeigt in all ihren Abschnitten eine starke Hyperplasie und sendet weit vorspringende, vielfach verzweigte Fortsätze in die Tiefe. Dies allein gibt dem histologischen Bild schon ein ganz markantes und typisches Aussehen, da es dem unbefangenen Beobachter unwillkürlich den Verdacht aufdrängt, es handele sich um ein Carcinom. Als Ausdruck der Wucherung erkennt man in den basalen Schichten zahlreiche Mitosen. In den tieferen Partien macht sich auch ein interstitielles Ödem geltend, das die Zellen auseinanderdrängt und die Epithelfasern besonders deutlich zur Anschauung bringt.

Zwischen den Epithelzellen sind vereinzelt rote Blutkörperchen, auch wohl Riesenzellen eingesprengt; vor allem aber polynukleäre Leukocyten, einzeln sowie zu mehr oder weniger zahlreichen Ansammlungen, als Beginn der für die Affektion so charakteristischen miliaren Abscesse. Diese finden sich überall in der Epidermis, zum Teil tiefliegend, teils aber auch nach der Oberfläche durchbrechend. Sie enthalten vorwiegend polynukleäre Leukocyten, sodann Kernfragmente, abgelöste Epithelien, rote Blutkörperchen und vielfach Riesenzellen; in ihnen sowie aufserhalb dieser Riesenzellen die „Organismen".

Auch das Corium enthält miliare Abscesse von der gleichen Zusammensetzung. Aufserdem ist es der Sitz einer chronischen reaktiven, bisweilen auch sich akut steigernden Entzündung. Diese läfst verstreut Infiltrate von polynukleären Leukocyten erkennen. Die Bindegewebszellen sind vermehrt und hypertrophisch.

Stellenweis finden sich ziemlich dichte Infiltrate von Plasmazellen. In diesen, ebenso wie in Bindegewebs- und Riesenzellen, sind, wenn auch sehr selten, Hyalinkörperchen nachgewiesen. Einige Fälle liefsen tuberkelartige Knötchen in der Cutis erkennen.

Vielfach besteht an den Gefäfsen eine Verdickung ihrer Wandungen. Verstreut und an Zahl sehr wechselnd sind durch das Infiltrat Mastzellen und Riesenzellen vorhanden.

Von besonderem Interesse waren stets die zuerst als Coccidien, später als Blastomyceten diagnostizierten, von den Autoren meist als „Organismen" bezeichneten kleinen Körperchen, deren Vorhandensein für die Diagnose der Blastomykose bei den amerikanischen Arbeiten unerläfsliche Bedingung ist. Wir werden später sehen, dafs wir für die Stellung der Diagnose dieser eigenartigen Erkrankung ihrer wohl zweifellos entbehren können, und dafs wir statt ihrer andere und wichtigere Anhaltspunkte haben, die uns besser zum Ziele führen.

Ihre Fundstätte sind hauptsächlich die miliaren Abscesse, doch trifft man sie auch sonst im Corium, umgeben von entzündlicher Infiltration, seltener in Zellen, meist aufserhalb; nur die Riesenzellen enthalten sie häufig. Gelegentlich liegen sie auch zwischen den Epithelzellen der Stachelschicht.

Ihre Quantität ist aufserordentlichen Schwankungen unterworfen; während sie in einzelnen Fällen so zahlreich sind, dafs man bei mittlerer Vergröfserung in jedem Gesichtsfeld eine reichliche Anzahl bemerkt, sind sie in anderen Fällen nur nach einigem Suchen nachzuweisen.

Teils treten sie einfach auf, teils zu zweien oder mehr in Gruppen. Hierbei bemerkt man auch häufig das Zusammenhängen zweier oder mehr bei unvollkommener Trennung unter dem Bilde des Knospentreibens der Sprossung, so, wie wir sie bei der Vermehrung der Hefepilze zu sehen pflegen.

Die Schilderung, die die Körperchen von den verschiedenen Beobachtern erfahren, ist ziemlich einheitlich. Als Ausgangsmaterial für die Gewinnung der Präparate diente Eiter aus den miliaren Abscessen, zerzupftes Material oder Gewebsschnitte.

Als ebenso einfache wie brauchbare Methode erwies sich die frische Untersuchung in 10—30 % Natronlauge oder Natronlauge + Glycerin aa. Sie zeigte, indem sie das für die Beobachtung störende Gewebe vernichtete, die „Organismen" als runde, teils ovale, mit doppelt konturierter, homogener Kapsel umgebene, stark lichtbrechende Körperchen. Sie bargen einen bald feiner, bald gröber gekörnten protoplasmatischen Inhalt, der häufig von der Kapsel durch einen hellen Zwischenraum von verschiedener Dicke abgesetzt war. Oft enthielten sie Vakuolen oder durchscheinende, sporenartige Körnchen. Ihr Durchmesser schwankte im allgemeinen zwischen 7 und 20 μ, doch kamen gelegentlich sowohl gröfsere als auch kleinere Exemplare vor. Sprofsformen waren in allen Stadien so nachzuweisen.

In gefärbten Schnitten waren sie mit Eosin-Hämatoxylin nachzuweisen. Methylenblau färbte sie differenziert; besonders gut waren sie mit der Methylenblau-Tannin-Orange-Methode darzustellen.

Soweit der histologische Nachweis der Organismen.

Von besonderem Interesse sind uns nun für diesen histologischen Befund die Ergebnisse der Kulturversuche, die seit GILCHRIST in einer grofsen Anzahl Fällen, aber mit recht wechselndem Resultat ausgeführt worden sind. Es ist bemerkenswert, dafs von einer Reihe von Forschern Pilze gezüchtet wurden, die unter sich eine gewisse Ähnlichkeit nicht verkennen lassen und sich alle durch die Gegenwart eines Mycels auszeichnen. Es veranlafst mich dies, im folgenden etwas näher auf die diesen Resultaten entsprechenden Züchtungsergebnisse MONTGOMERYS und HYDES einzugehen, während ich auf die Frage nach den wirklichen Erregern der Krankheit erst im folgendem Abschnitt kommen möchte.

Das Ausgangsmaterial für die Kulturen gaben wieder zerzupfte Gewebsteile, Eiter und der Inhalt der miliaren Abcesse ab. Nach Desinfektion mit Alkohol oder Äther werden diese mit steriler Nadel eröffnet und der Inhalt auf möglichst zahlreiche Röhrchen mit Nährböden verimpft. Besonders empfehlenswert erschienen Bierwürze-, Glycerin- und Glucose-Nährböden; aber auch die gewöhnlich üblichen Medien bewährten sich und zwar wuchsen die Pilze meist besser auf leicht saurem Boden. Die Zeit, welche verging, bis das erste Wachstum bei den Kulturen sich zeigte, schwankte in der Regel zwischen 2 und 8, in extremen Fällen bis zu 16 Tagen. Aber nicht nur, dafs die Organismen der verschiedenen Fälle untereinander gewisse Unterschiede aufwiesen, auch bei den einzelnen Pilzen auf verschiedene Substrate verimpft, machte sich ein oft erheblicher Polymorphismus bemerkbar.

Die Kolonien waren entweder leicht erhaben, weifs, glatt, regelmäfsige oder unregelmäfsige Herde, oder sie zeigten ein gelatinöses bis gelbbraun teigiges Wachstum; — oder sie hatten eine rauhe, granulierte Oberfläche, eventuell mit Falten und Einsenkungen. Andere Röhrchen wiesen ein hellweifses bis gelblich bräunlich gefärbtes flaumiges Wachstum mit kurzen oder langen Lufthyphen auf oder es war ein zentraler weifser Abschnitt von flaumigem Aussehen oder bedeckt mit kurzen Erhebungen gleich weifsen Haaren, umgeben von einer durchscheinenden, nicht erhabenen Zone sichtbar. Mit geringen Ausnahmen dringt das Wachstum der Pilze stets mehr oder weniger tief in den Nährboden ein.

Frische Präparate von diesen Kulturen zeigten Sprofsorganismen oder aber Mycelien, die entweder fein, homogen, verzweigt oder mehr oder weniger segmentiert, mit oder ohne seitliche Conidien waren und die wenig oder viel stark lichtbrechende Körper verschiedener Gröfse enthielten, von denen die Frage, ob sie Sporen oder in einigen Fällen doch Öltropfen waren, offen gelassen wurde. Zwischen den Mycelfäden waren doppelt konturierte, sehr verschieden grofse Körper zu sehen, mehr oder weniger gefüllt mit stark lichtbrechenden Körnern. Tierversuche, die mit dem Kulturmaterial angestellt wurden, hatten meist gar keinen Erfolg. In einigen Fällen kam es zur Entwicklung von Abscessen oder zu granulomartigen Bildungen an der Implantationsstelle, ab und zu auch zur Knotenbildung in tiefliegenden Organen, wobei aus den entstandenen Herden die Pilze zurückzuzüchten waren.

Es erübrigt noch ein kurzes Wort über die Behandlung der in ihrem Verlauf im allgemeinen nicht bösartigen Erkrankung. Alle externen Behandlungen mit flüssigen oder pulverförmigen Antiseptica hatten stets nur einen geringfügigen lokalen, bessernden Effekt. Die schnellsten und sichersten Erfolge zeitigte ein radikales chirurgisches Vorgehen in Gestalt völliger Exzision (cf. unseren Fall) oder Auskratzung mit dem scharfen Löffel; nur war das Endresultat meist von beträchtlicher Narbenbildung gefolgt. Bevan führte die Behandlung mit grofsen Dosen Jodkalium ein, die eine gewisse Zahl von Erkrankungen auch zur Ausheilung brachte, meist aber wenigstens eine beträchtliche Besserung erzielte.

Die bei dieser Therapie zurückbleibenden, meist dem fortschreitenden Rande angehörenden, früher oft zu Rezidiven führenden inselförmigen Stellen wurden neuerdings durch einige Sitzungen mit Röntgenstrahlen leicht zur definitiven Heilung gebracht.

Naturgemäfs drängt sich uns beim Überblicken der im Vorhergehenden entwickelten klinischen, histopathologischen und therapeutischen Daten die Frage auf — sie soll uns im folgenden Abschnitt beschäftigen — was haben wir von dieser eigenartigen Erkrankung zu halten?

(Fortsetzung folgt.)

Zur Mikrophotographie.

Von

Dr. med. Dreuw-Hamburg.

Mit neun Abbildungen im Text.

Wenn gleich die Prinzipien der Photographie heute Gemeingut aller Gebildeten geworden, ja man kann sagen, in die breiten Schichten des Volkes eingedrungen sind, so ist die Mikrophotographie praktisch und theoretisch vielfach selbst in den Kreisen unbekannt, die sich täglich mit Mikroskopie beschäftigen. Und trotzdem hegt meiner Meinung nach der sich wissenschaftlich beschäftigende Arzt und Forscher häufig den Wunsch, namentlich, wenn er in einer kleinen Stadt ansässig ist, dieses oder jenes mikroskopische Präparat selbst mikrophotographisch zu fixieren, um das Bild gelegentlich demonstrieren oder bei einer etwaigen Veröffentlichung verwenden zu können.

Wenn auch der Mikrophotographie noch manche Mängel anhaften, so namentlich das Fehlen der Farben[1] und der Umstand, dafs sie nicht imstande ist, Objekte, die in verschiedenen Ebenen liegen, scharf wiederzugeben, so hat ein mikrophotographisches Bild vor dem gezeichneten doch den Vorzug, dafs es beweisender ist, während man bei den Zeichnungen, die beste Absicht des Künstlers natürlich vorausgesetzt, nicht immer weifs, was Wahrheit und was Dichtung ist. Andererseits kann eine Mikrophotographie, wenn die Konturen derselben auf Salzpapier oder Bromsilberpapier angedeutet sind, sehr leicht farbig übermalt werden.

Der Grund, weshalb sich nur verhältnismäfsig wenige Ärzte mit der schönen Kunst der Mikrophotographie beschäftigen, trotzdem die meisten die Photographie als Amateure beherrschen, liegt meiner Meinung darin, dafs die im Handel befindlichen mikrophotographischen Apparate meist entweder zu teuer oder zu voluminös sind und daher nur von gröfseren Instituten angeschafft werden können. Andererseits stellt man sich die Schwierigkeiten, die die Mikrophotographie bietet, meist zu grofs vor. Ich stehe nicht an, den grofsen Zeiss'schen mikrophotographischen Apparat als das Ideal eines solchen zu bezeichnen. Die Resultate mit demselben sind in jeder Beziehung vollkommen, soweit es Vollkommenes auf diesem

[1] Durch das Königsche Verfahren der Pinachromie und Pinatypie ist auch hier ein bedeutender Fortschritt zu erkennen.

Gebiete gibt. Aber der bedeutende Anschaffungspreis, die Gröfse und die Unterhaltungskosten des Apparates (elektrische Energie, 20—30 Ampére) ermöglichen seine Anschaffung in der Regel nur den gröfseren Instituten. Auch die meisten anderen, kleineren Apparate sind für die meisten Ärzte schon zu teuer und zu voluminös.

Ich glaube dem Wunsche mancher Fachkollegen zu entsprechen, wenn ich im folgenden ein einfaches Gestell angebe, das jeder Arzt entweder selbst anfertigen oder für einige Mark vom Tischler anfertigen lassen kann. Mit demselben ist jeder Amateur imstande, Mikrophotographien herzustellen, die den meisten wissenschaftlichen Anforderungen genügen. Wenngleich auf ähnlichem Prinzip beruhende Apparate schon existieren, so hat das Gestell in meinen Kursen über Photographie, Mikrophotographie und Mikroprojektion so viel Anklang gefunden, dafs ich dasselbe weiteren ärztlichen Kreisen zugängig machen möchte.

Was die Strahlenbrechung bei der Mikrophotographie betrifft, so bestehen hier genau dieselben Gesetze wie bei der Photographie überhaupt. Durch eine bikonvexe oder plankonvexe Linse werden die Strahlen irgendeines Gegenstandes so gebrochen, dafs, falls sich derselbe in der Unendlichkeit befindet, die Vereinigung der Strahlen im Brennpunkte der Linse entsteht. Rückt der aufzunehmende Gegenstand näher an die Linse (Objektiv) heran, bis in die doppelte Brennweite, so entsteht in einer Entfernung von der doppelten Brennweite jenseits der Linse ein gleichgrofses, reelles und umgekehrtes Bild.

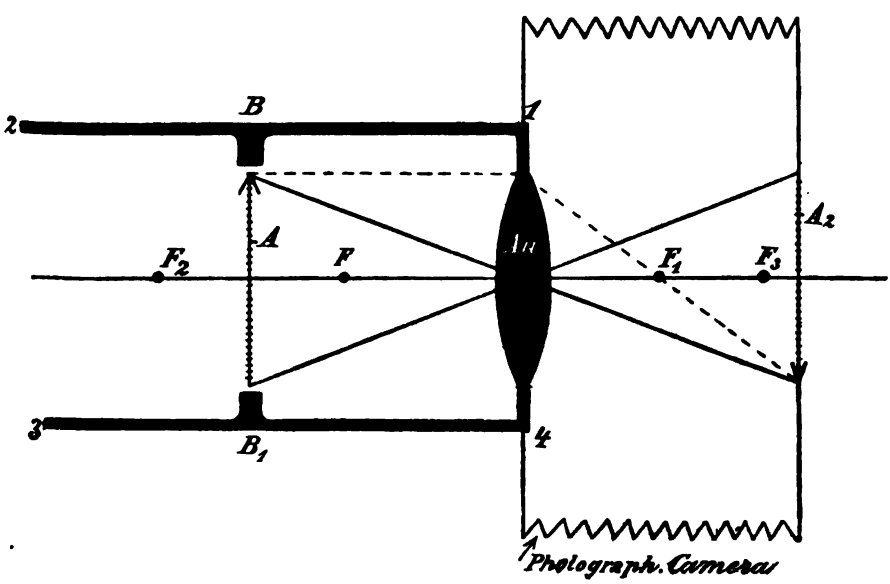


Fig. 1.

Kommt der Gegenstand (Pfeil A, Fig. 1) schliefslich zwischen einfacher (F) und doppelter Brennweite F_2 zu liegen, so entsteht auf der anderen Seite ein vergröfsertes, umgekehrtes reelles, d. h. auf der Mattscheibe auffangbares Bild A_2 jenseits der doppelten Brennweite F_2. Diese Lage des Objektes tritt bei der Mikrophotographie ein. Bekanntlich entsteht in der Blendenebene B des Okulars (1 2 3 4) ein vergröfsertes Bild A des mikroskopischen Präparates.

Bringt man nun die Augenlinse Au (die Linse ist aus schematischen Gründen bikonvex gezeichnet) des Okulars in eine Entfernung von der Blendenebene BB_1, so dafs diese, also auch das vergröfserte Bild A des mikroskopischen Präparats, zwischen einfacher und doppelter Brennweite sich befindet, so bekommt man von dem Bilde (A) in der Blendenebene jenseits des Okulars bei A_2 ein vergröfsertes, reelles Bild, welches auf der Mattscheibe sichtbar und daher auf die photographische Platte gebracht werden kann. Die Verschiebung der Augenlinse geschieht nun in vielen Fällen durch ein bei den sogenannten Projektionsokularen vorhandenes Gewinde (Archimedesgewinde). Da dieses bei den gewöhnlichen Okularen der Mikroskope nicht vorhanden ist, so wird die Einstellung auf der Mattscheibe durch Drehen der Mikrometerschraube bewirkt, wobei sämtliche Linsen des Mikroskops als ein System gelten.

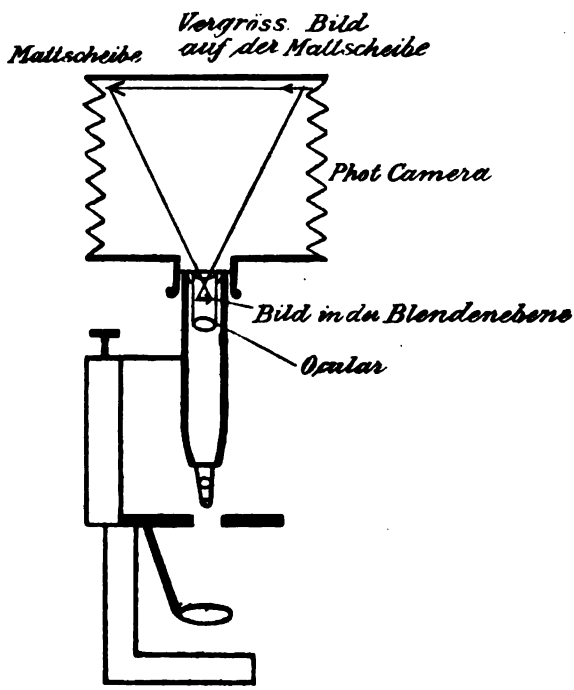


Fig. 2.

Bei schwachen Vergröfserungen ist man imstande, mit einem gewöhnlichen photographischen Apparat Mikrophotographien herzustellen, indem man den Apparat ohne Objektiv lichtdicht mit dem Tubus und Okular verbindet. Den Apparat selbst kann man entweder bei aufrechtstehendem Mikroskop anbringen (Fig. 2) oder bei wagerecht gestelltem Mikroskop (Fig. 3), d. h. man kann Aufnahmen machen bei Vertikal- oder Horizontalstellung der Kamera. Die lichtdichte Verbindung bei V wird her-

gestellt durch ein um den Tubus *T* gebundenes schwarzes Tuch. Derartige Aufnahmen bei Vertikal- oder Horizontalstellung der Kamera gestattet nun mit Leichtigkeit das schon erwähnte mikrophotographische Gestell.

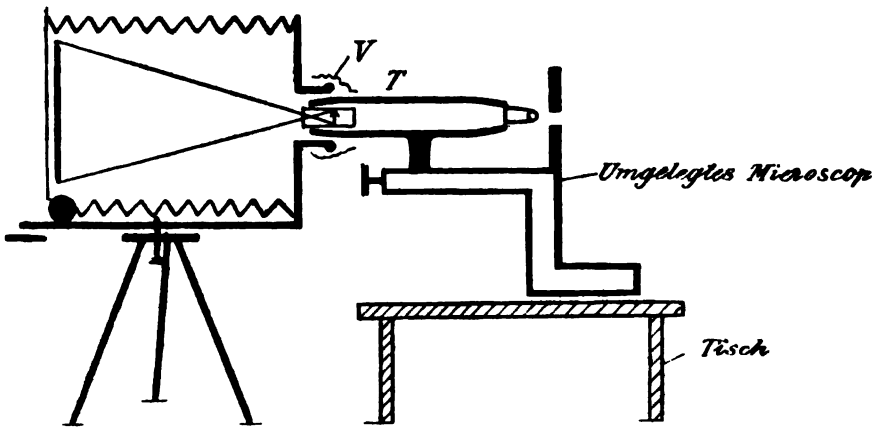


Fig. 3.

Das Gestell besteht (Fig. 4) aus zwei Brettern von 2—3 cm Dicke *A* und *B*. *A* mifst 25 cm im Quadrat, *B* 25:75 cm. Die Vertikalplatte *B* besitzt in der Mitte einen Schlitz *e*, der die Breite einer Stativschraube

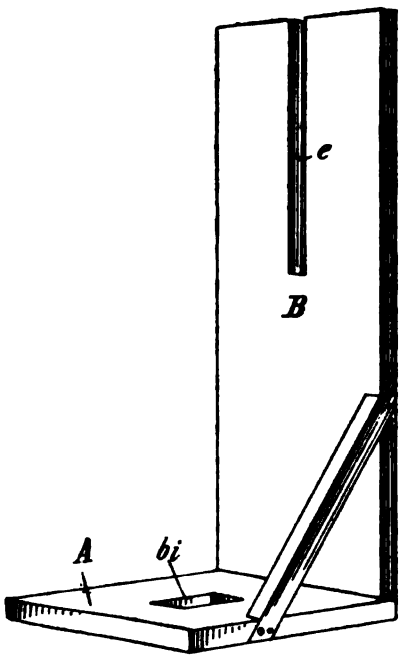


Fig. 4.

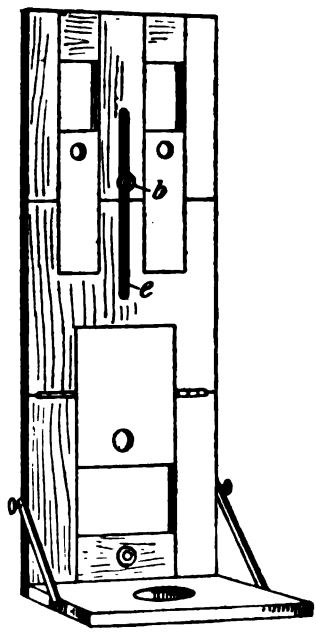


Fig. 6.

eines photographischen Stativs hat, etwa $^3/_4$ cm. In der horizontalen Platte *A* ist eine bikonvexe Linse *bi* von ungefähr 5—6 cm Brennweite eingelassen.

Dieses einfache Gestell ermöglicht die Herstellung von Mikrophotographien mit jedem Amateurapparat (Stativkamera), und zwar sowohl bei Vertikalstellung des letzteren (zu verwenden namentlich bei mikroskopischen Präparaten, die durch Erschütterung sich leicht bewegen, also bei Einbettung in Glycerin, Wasser, bei frischen Präparaten usw.) als auch bei Horizontalstellung.

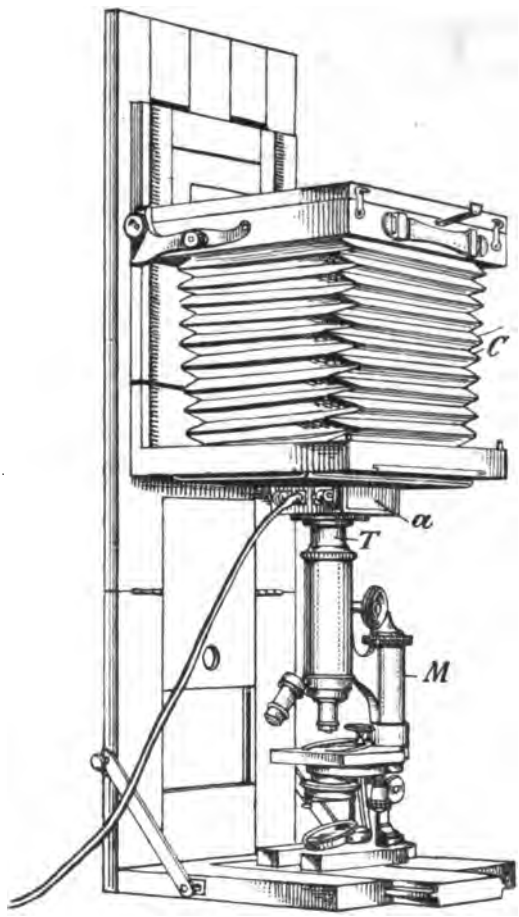


Fig. 5.

Die Anwendung des Gestells bei Vertikalstellung der photographischen Kamera erläutert Fig. 5. Die photographische Amateurkamera *C* ist, nachdem das Objektiv bei *a* abgeschraubt ist, durch die Stativschraube *b* in dem Schlitz *e* (Fig. 6) so befestigt, dafs sich der ganze Apparat auf- und abwärts bewegen kann und in jeder Höhe feststellen läfst.

Man stellt vorher im Mikroskop *M* (Fig. 5) ein Präparat in gewöhnlicher Weise ein (bei den ersten Versuchen bei schwächster Vergröfserung), bringt dann das Mikroskop samt Okular unter die Kamera *C* (das Kameraobjektiv ist ausgeschraubt) und senkt die Kamera so lange, bis die Öffnung *a* dicht über dem Okular zu stehen kommt oder sogar dasselbe einschliefst. Die lichtdichte Verbindung zwischen Okular *T* und Kameraöffnung *a* wird entweder hergestellt durch ein schwarzes Säckchen, in dem zwei Gummischnüre unten und oben ringförmig eingenäht sind, oder aber am einfachsten durch Umwickeln eines schwarzen Tuches. Man kann nun entweder auf der Mattscheibe, oder nachdem man dieselbe durch eine einfache Glasscheibe ersetzt hat,

mittels einer Lupe ein deutliches reelles, vergrößertes Bild des Präparates sehen und dasselbe in gewöhnlicher Weise auf einer in der Kassette eingeschlossenen photographischen Platte fixieren. Aber nur bei schwächeren Vergrößerungen, bis etwa 300, ist diese Art der Vertikalaufnahmen anzuwenden. Bei stärkeren Vergrößerungen macht man am besten Aufnahmen bei Horizontalstellung der Kamera (cf. Fig. 7) mit künstlichem Licht, am vorteilhaftesten Gasglühlicht.

Natürlich ist die Herstellung von Mikrophotographien mit Hilfe der beiden hölzernen Platten bei Horizontalstellung der Kamera und bei stärkeren Vergrößerungen mit Schwierigkeiten verknüpft, weil die einzelnen Teile der mikrophotographischen Einrichtung, das Gestell, das Mikroskop

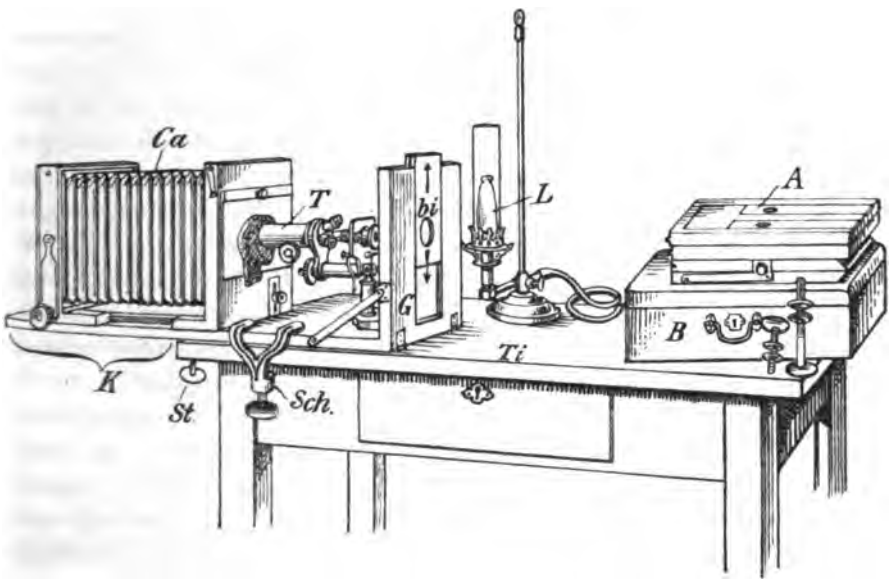


Fig. 7.

und die photographische Kamera ziemlich labil miteinander verbunden sind. Bei einiger Vorsicht sind jedoch auch so gute Leistungen zu erzielen (cf. Fig. 9. Die Mikrophotographie ist mit dem angegebenen Gestell gemacht). Besser und sicher gelingen jedoch die Mikrophotographien mit einem Gestell, das von der Firma C. W. Bolte, Hamburg, Rathausstr. 20, nach meinen Angaben hergestellt wird, das es gestattet, sowohl Aufnahmen bei Vertikalstellung als Horizontalstellung der Kamera zu machen, wobei sowohl das Mikroskop, die Kamera und das Gestell exakt miteinander als auch letzteres mit der Tischplatte verbunden werden können.

Dieser Apparat läßt sich zudem zusammenklappen und nimmt dann nur den Raum eines mäßig großen Buches ein.

In Fig. 7 ist der zusammengeklappte Apparat *A* auf dem Holzkasten *B*, in welchem er aufbewahrt wird, liegend abgebildet.

Aufgeklappt und fertig zu mikrophotographischen Aufnahmen bei Vertikalstellung der Kamera zeigt denselben Fig. 6, während in Fig. 7 das Gestell fertig zur Anfertigung von Aufnahmen bei Horizontalstellung der Kamera (die Horizontalstellung gibt bessere Resultate als die Vertikalstellung) zeigt.

In Fig. 7 ist das Gestell *G* in horizontaler Richtung umgelegt und so auf die Tischplatte *Ti* gelegt, dafs es dieselbe mit seinem hinteren Abschnitt *K* überragt. Das Gestell wird mit der Tischplatte durch die Schraube *Sch* befestigt.

Als Lichtquelle *L* dient eine Petroleumlampe oder ein Glühlicht (Petroleum-, Gas-, Spiritusglühlicht). Dieses wird so aufgestellt, dafs es einige Zentimeter vor der in Fig. 4 erwähnten Linse *bi* zu stehen kommt. Praktisch findet man die beste Stellung der Lichtquelle, indem man durch Hin- und Herschieben derselben die intensivste Beleuchtung auf der Mattscheibe feststellt. Das Licht steht in derselben Höhe wie die bikonvexe Linse (bi), welche sich nach oben und unten in der Richtung des Pfeiles verschieben läfst, je nach der Höhe des ABBEschen Beleuchtungsapparates. Nachdem das Präparat in gewöhnlicher Weise eingestellt ist, das Mikroskop in Horizontalstellung gebracht, mit Hilfe der beigegebenen Mikroskopschraube (in der Figur nicht sichtbar) festgeschraubt, die bikonvexe Linse in die Höhe des ABBEschen Beleuchtungsapparates gebracht ist, wird der photographische Apparat (irgendein Amateurapparat mit abschraubbarem Objektiv) mit Hilfe der Stativschraube *St* festgeschraubt, so dafs der Tubus *T* des Mikroskops in die Objektivöffnung der photographischen Kamera hineinragt. Die lichtdichte Verbindung zwischen Tubus *T* und Kamera *Ca* wird hergestellt durch Umwickeln eines schwarzen Tuches. Ist die Objektivöffnung der Kamera zu hoch für das betreffende Mikroskop, so legt man unter den Fufs des letzteren ein kleines Brettchen, ist sie nicht hoch genug, so legt man unter der Kamera rechts und links von der Stativschraube zwei entsprechend hohe Brettchen, auf welchem mit Hilfe der Stativschraube der Apparat festgehalten wird.

Man stellt nun unter Drehen der Mikrometerschraube unter einem schwarzen Tuch auf der Mattscheibe ein, so lange, bis ein deutliches Bild entsteht, sucht durch Hin- und Herschieben der Lichtquelle die intensivste Beleuchtung, bringt an Stelle der Mattscheibe die Kassette, belichtet eine bestimmte Zeit (10 Sekunden bis 2 Minuten) woraufhin man in üblicher Weise die Platte entwickelt und fixiert.

Dieser einfache und kompendiöse Apparat gestattet, wie die unten abgebildeten Mikrophotographien (Fig. 8 und 9) zeigen, Aufnahmen selbst bei starken Vergröfserungen bis ca. 1000 und genügt daher den meisten

Anforderungen. Er erfüllt so ziemlich alle Bedingungen, die an einen exakt arbeitenden mikrophotographischen Apparat gestellt werden. Er läfst sich durch Heben und Senken der Linse *bi* annähernd genau zentrieren.

Das kleine Volumen des zusammengeklappten Apparates dürfte denselben besonders für die Tropen geeignet machen, da bei wissenschaftlichen Exkursionen ein photographischer Apparat und ein Mikroskop meist zum Inventar gehören, dagegen nicht ein zusammenklappbarer mikrophotographischer Apparat.

Fig. 8 und 9 zeigen die Leistungen des Apparates.

Fig. 8.

Fig. 9a.

Fig. 9b.

Fig. 8. Trichophytiekultur aus einem Haare *H*, nach der PLAUTschen insitu-Methode in meiner Kammer gewachsen. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1904. XXVI. Band, Nr. 5, S. 748.) *M* = Mycelien aus Trichophytiesporen des Haares *H* gewachsen.

Fig. 9a und 9b. Typhusbacillus. LÖFFLERsche Geifselfärbung. Die Feinheiten der Mikrophotographie lassen sich durch den Druck natürlich nicht zum Ausdruck bringen. Man sieht auf der Photographie alle Einzelheiten der schematischen Darstellung Fig. 9b und zwar

a) den Typhusbacillus,
b) den Bazillenschleim,
c) die Kapsel,
d) die Geifseln,
e) Knäuel von Geifseln.

Fachzeitschriften.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.
1905. Heft 7.

1. **Die Debatte über die progressive Paralyse in der Académie de médecine. — CLAUDE BERNARD und die Statistik**, von LEREDDE. Kurzer Epilog zu der grofsen Debatte über progressive Paralyse, die im Frühjahre in der Académie de médecine stattgefunden hat und auch in den *Monatsheften* bereits Erwähnung fand. L. steht in der Frage bezüglich der Ätiologie der Paralyse an der Seite FOURNIERS, er geht aber in einem Punkte noch weiter als dieser, indem er die Berechtigung einer Unterscheidung zwischen syphilitischen und parasyphilitischen Affektionen bestreitet. Wenn die histologischen Veränderungen bei Paralyse nicht in den Rahmen der zurzeit ausschliefslich als syphilitisch geltenden Läsionen hineinpassen, so beweist das nur, dafs dieser Rahmen erweitert werden mufs; Gumma, Papel und Schanker stellen nicht die Gesamtheit der syphilitischen Veränderungen dar.

Der Umstand, dafs die Paralyse bei den orientalischen Völkern, bei denen Lues sehr häufig ist, gar nicht oder nur selten vorkommt, beweist nichts gegen die syphilitische Natur der Krankheit. Denn der Charakter der Syphilis ist bei den verschiedenen Rassen ein ganz verschiedener; die schwere Lues der Abendländer ist vorzugsweise eine Lues des Nervensystems, bei den Orientalen dagegen manifestiert sich die schwere Syphilis in erster Linie durch tiefgreifende Veränderungen der Haut, die bei uns wiederum sehr selten sind.

Wenn LANCEREAUX im Laufe der Debatte CLAUDE BERNARD als Zeugen gegen den Wert der Statistiken angeführt hat, so geschah das mit Unrecht, denn BERNARD bestreitet nicht den Wert der Statistiken überhaupt, er zeigt nur, wie schwierig es ist, sich ihrer zu bedienen und welch grofser Vorsicht es dazu bedarf.

FOURNIER hat in der Debatte mit Rücksicht darauf, dafs die Paralyse am häufigsten im achten bis zwölften Jahre nach der syphilitischen Infektion auftritt, vorgeschlagen, die chronisch intermittierende Behandlung der Luetiker künftighin nicht mehr auf die ersten vier Jahre zu konzentrieren, sondern während der zwei ersten Jahre, dann im fünften und im siebenten oder achten Jahre vorzunehmen. Dem kann L. nicht zustimmen; die jetzt übliche energische Behandlung während der ersten vier Jahre ist notwendig zur raschen und definitiven Beseitigung der kontagiösen Erscheinungen und zur Verhütung anderer cerebraler Erkrankungen, die sich früher als die Paralyse einstellen; sie ermöglicht es aufserdem den meisten Syphilitikern, schon im fünften Jahre nach der Infektion zu heiraten. Die jetzige Methode der Behandlung soll also beibehalten werden; dagegen empfiehlt es sich, während des sechsten Jahres nochmals eine energische Behandlung vorzunehmen.

2. **Über die Atrophie und das Epitheliom der Haut nach Anwendung der Röntgenstrahlen**, von S. MENDES DA COSTA-Amsterdam. Die Veränderungen der Haut, die durch intensive oder oft wiederholte Bestrahlung mit Röntgenstrahlen hervorgerufen werden können, sind, abgesehen von dauernder Alopecie, sklerotisierende Atrophie mit Xerodermie und Teleangiektasien, Hyperkeratosis und die Bildung von Epitheliomen, also genau die gleichen Erscheinungen, wie sie beim Xeroderma pigmentosum vorkommen. Die Teleangiektasien können in der atrophischen Haut so stark hervortreten, dafs sie ein cirsoides Angiom vortäuschen. Dafs die Neubildung

von Gefäfsen in dem atrophischen, schlecht ernährten Gewebe einen beträchtlichen Grad erreicht, ist nicht wahrscheinlich, aber doch nicht unmöglich, da ja auch beim Xeroderma pigmentosum in den späteren Stadien Bildung von Angiomen beobachtet wird. Die infolge der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf der atrophischen Haut entstehenden Epitheliome sind nicht immer gutartig, sie wandeln sich manchmal in Carcinome um. Der Verfasser selbst hat 71 Lupusfälle mit Röntgenstrahlen behandelt, und obwohl er in allen Fällen, allerdings mehrere Jahre hindurch, nur zweimal wöchentlich je fünf bis zehn Minuten lang und durchaus nicht sehr intensiv bestrahlte, konnte bei den meisten Kranken die Besserung oder Heilung des Lupus nur um den Preis einer sklerosierenden Atrophie der bestrahlten Hautpartie erreicht werden, aufserdem aber entstanden in sieben Fällen auf der atrophischen Haut Epitheliome. Bei einer Kranken zeigten sich schon nach zweijähriger Behandlung zahlreiche verruköse Epitheliome, die nach Thermokauterisierung rezidivierten und dann mit dem Galvanokauter abgetragen wurden. In einem zweiten Falle entstand nach vierjähriger Behandlung auf der Oberlippe ein Cornu cutaneum; aufserdem bildeten sich drei Wochen nach der letzten Bestrahlung auf der sklerotischen Haut der Stirn zwei Geschwüre, die langsam gröfser wurden, konfluierten und sich mit leicht blutenden Granulationen bedeckten. Aus diesen Granulationen entwickelte sich ein hühnereigrofses, tiefgreifendes, papilläres Epitheliom, das mit dem Messer abgetragen wurde. In einem weiteren Falle wurde nach 4½jähriger Behandlung die Haut runzelig, trocken und hart, die Hautgefäfse erweiterten sich sehr stark, und auf der Nasenspitze und auf dem rechten Nasenflügel entstanden warzige Massen, die sehr schnell gröfser wurden und auf blutigem Wege entfernt werden mufsten. Ganz ähnliche Erscheinungen wiesen auch die übrigen vier Fälle auf, doch konnten hier die warzigen Neubildungen durch medikamentöse keratolytische Behandlung beseitigt werden. — Dafs in all den sieben Fällen die Epitheliome durch die Röntgenstrahlen verursacht waren, unterliegt nach Ansicht des Verfassers keinem Zweifel. Wahrscheinlich prädisponiert gerade Lupus zur Bildung von Epitheliomen; denn von 63 Patienten, die vom Verfasser wegen anderen Krankheiten lange Zeit hindurch, wenn auch nicht so lange wie die Lupösen, mit Röntgenstrahlen behandelt wurden, bekam keiner ein Epitheliom. Jedenfalls beweisen die Erfahrungen des Verfassers, dafs eine prolongierte Behandlung mit Röntgenstrahlen zur Atrophie der Haut führt und daher bei Krankheiten, die wie der Lupus vulgaris eine sehr grofse Anzahl von Sitzungen erfordern, kontraindiziert ist.

3. **Die Quinckesche Krankheit, das akute angioneurotische Ödem,** von Ch. Armand und Fr. Lavronal-Lyon. Ausführliche Monographie, in der alle bisher erschienenen Arbeiten über das Quinckesche Ödem berücksichtigt und verwertet sind.

Götz-München.

American Journal of Dermatology and Genito-urinary Diseases.

1905. Nr. 6.

Intramuskuläre Hg-Injektionen bei der Syphilisbehandlung, von William B. Tremble-New York. Tr. bespricht die bekannten und nun reichlich erörterten Vorteile und auch Nachteile der Injektionstherapie, wobei natürlich erstere überwiegen und auch Verfasser zu einem warmen Verteidiger dieser Methode machen. Er zieht die löslichen Salze den unlöslichen bei weitem vor und führt neben den bekannteren (Sublimat, Peptonat usw.) besonders das Hg-Formamid (hypodermatische Dosis 1—8 bis 1—6 g) an; seine neutrale Reaktion, seine Löslichkeit in Wasser und die Tatsache, dafs es Eiweifs nicht koaguliert, machen es zu einem sehr wirksamen Mittel, das mit 20—30 Injektionen die meisten syphilitischen Veränderungen zurückbringt. Von

anderer Seite hingegen wird behauptet, daſs es nur bei den leichten Formen Erfolg hat. Von den unlöslichen Präparaten hält Tr. das Salicylat für das empfehlenswerteste. Kontraindikationen der intramuskulären Methode sind Herz-, Nierenaffektionen, Atmungsstörungen, wie Asthma, allgemeine Schwäche und Anämie.

Harnröhrenschanker mit irreführenden Komplikationen. von Louis Gross-San Francisco. In dem einen der beiden beschriebenen Fälle war neben einer Harnröhrenblennorrhoe ein makulöser Ausschlag mit allgemeinen Drüsenschwellungen vorhanden und konnte ca. 2 cm vom Meatus entfernt eine indurierte Masse gefühlt werden, am übrigen Körper keine Spur eines Primäraffektes. Protargolinjektionen und gleichzeitig Schmierkur brachten rasche Heilung beider Affektionen. Im zweiten Falle war leichtes Brennen am Meatus und schleimiger Ausfluſs, ein makulös-papulöser Ausschlag fast über den ganzen Körper, Drüsenschwellungen und aufserdem heftiges Jucken, besonders bei Nacht, vorhanden. Mit dem Verschwinden der syphilitischen Erscheinungen wurde erst die Diagnose Scabies gemacht und letztere entsprechend behandelt (Naphtolsalbe). Der Primäraffekt der Lues saſs in der Harnröhre und hatte eine Entzündung derselben verursacht, welche eine Kontraktion und Verengerung der Urethra bewirkte. Gross bemerkt, daſs in der Literatur zuweilen die Harnröhre als seltener Sitz des harten Schankers erwähnt werde, die Doppelinfektion von Blennorhoea und Syphilis aber noch nicht angeführt sei (wohl aber jedem Praktiker schon vorgekommen sein dürfte. Ref.). Schlieſslich gibt Verfasser die Vorschriften wieder, welche er jedem syphilitischen Patienten zur genauen Befolgung einhändigt und welche nach dem bekannten Schema gehalten sind.

Eine neue Art von Irrigationsstuhl für die Janetsche Methode der Blennorrhoebehandlung, von L. Heidingsfeld-Cincinnati. Eine der gröſsten technischen Schwierigkeiten für die richtige Anwendung der Janetschen Methode, der „populärsten und erfolgreichsten“ nach Verfassers Ansicht, liegt in der Stellung des Patienten. Man braucht nur die verschiedenen Trichterformen, welche das Mundstück umgeben sollen, die verschiedenen (Papier-, Leinen-, Guttapercha-) Schürzen, welche zum Schutze des Patienten gegen Benässung empfohlen wurden, die verschiedenen Ansatzstücke usw. aufzuzählen, um diese Schwierigkeit begreiflich zu machen. Nachdem die sitzende Stellung des Patienten zweifellos für diesen und den Arzt am bequemsten ist, konstruierte H. für diesen Zweck einen Stuhl aus emailliertem Eisen, welcher aus einer Metallplatte mit leichter Doppelkonkavkonvexkrümmung, die auf einem festen, in einem Winkel von ca. 45 Grad angehängten Eisengestell ruht, besteht. Diese Form stimmt nahezu mit der allgemeinen Körperkrümmung überein, wenn der Patient eine geeignete Lage mit gestreckten Beinen einnimmt, und gewährt für Hüften und Schultern passenden Rückhalt. Ein möglichst groſses, aber leichtes Gefäſs, welches auf den gestreckten Beinen des Patienten von dessen rechter Hand gehalten werden kann, dient zur Aufnahme der Flüssigkeit. H. hat den Stuhl nun seit sechs Monaten zu seiner gröſsten Zufriedenheit im Gebrauch.

Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Blennorrhoe, von Childs-MacDonald-San Francisco. (Fortsetzung aus der Juninummer.) In seiner therapeutischen Betrachtung betont Verfasser vor allem den individualisierenden Standpunkt, welcher leider meist vernachlässigt werde; den Gebrauch von balsamischen Mitteln hat er ganz aufgegeben, aufser bei manchen chronischen Fällen, wo ein wirksames Reizmittel erforderlich scheint, und beschränkt sich im allgemeinen nur auf (salinische) Abführmittel und alkalische Wässer, welche er regelmäſsig verordnet. Bezüglich der Lokalbehandlung hat er die Irrigationsmethode (mit Kalium permanganicum) wegen ihrer Umständlichkeit verlassen (siehe hingegen oben! Ref.). Es werden nun der Reihe nach all die zahlreichen Komplikationen, welche bei Blennorrhoe vorkommen

können, und deren Behandlung besprochen, bei Epidydimitis hält MacDonald zwei bis sechs Blutegel für das beste, ebenso bei schwereren Fällen von Prostatitis, die mit heftigen Schmerzen verbunden sind, Blutegel auf das Perineum; in keinem Falle von Prostatitis sollte ein Instrument in die Blase eingeführt werden, und wenn dies absolut notwendig, nur ein weicher Katheter. Die nächst häufige Komplikation nach Epidydimitis ist Cystitis; in akuten Fällen wirkt am besten Urotropin neben entsprechender Diät, in chronischen Spülungen mit Kalium permanganicum (1,0 : 8000), Borlösungen, innerlich Urotropin, Strychnin und Eisen. Auch bei chronischer Blennorrhoe (der Pars posterior) hält MacDonald schon viel von der Allgemeinbehandlung und warnt vor allzu reichlicher Anwendung der Instrumente, wovon er in vielen Fällen nur Schaden erlebte; ein gewisser Grad von Neurasthenie ist bei chronischer Blennorrhoe fast immer vorhanden und erfordert entsprechende Behandlung. Bei blennorrhoischen Gelenksaffektionen hat Verfasser mit grofsem Erfolg Aspiration, Injektion von 4 g Jodtinktur, Verband und Eisbeutel für die ersten 24 Stunden angewandt. Zum Schlusse bespricht er noch ganz kurz die bei Blennorrhoe des Weibes vorkommenden Komplikationen.

Was sollen wir tun, um die schlimmen Folgen von Blennorrhoe und Syphilis zu verhüten? von George E. Thompson-Green Bay Wis. Als radikalstes Mittel schlägt Thompson vor, es solle die gesetzliche Anzeigepflicht aller Fälle von Geschlechtskrankheiten eingeführt werden, und jede Person, welche zu heiraten wünsche, müsse ein von beamteten Ärzten ausgestelltes Gesundheitsattest beibringen (letzteres dürfte wenig nützen, denn wie viele Fälle von Syphilis gibt es, wo zeitweise gar nichts nachzuweisen, auch keine Narben oder dergl. vorhanden sind? Ref.). In der Belehrung der Öffentlichkeit allein kann Th. kein Heil sehen, sondern nur in Gemeinschaft mit den Zwangsmafsregeln: völlig befreit von der Prostitution werden wir aber auch mit diesen niemals, denn dieselbe hat schon immer existiert und wird auch weiter existieren. Die Gesetzgebung sollte jedoch insofern eingreifen, als jede Stadt oder jeder Ort Bezirke oder Stadtteile bestimmen soll, wo die Prostitution unter polizeilicher Kontrolle ausgeübt werden darf und wo die Insassen wenigstens alle drei Tage ärztlich zu untersuchen sind. Erst wenn dies peinlich durchgeführt wird, kann die Belehrung wirksam sein, und Thompson rät in dieser Beziehung, dafs von den Hausärzten populäre Schriften zu verteilen sind, die Lehrer in den Schulen die Jugend aufklären und dafs sogar Ärzte in den einzelnen Schulklassen entsprechende Vorträge während des Schuljahres halten. *Stern-München.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1905. Heft 6.

Ulcus specificum der Oberlippe. Nekrose und Sequesterbildung im Oberkiefer, von Henri Rodier. Die 27jährige Patientin hatte sich ihre beiden vorderen oberen Schneidezähne plombieren lassen. Dabei war das Frenulum labii etwas eingerissen und blutete leicht. An dieser Stelle entwickelte sich nun bald ein Ulcus durum, das in der Folge zur Nekrose des Knochens führte. Es bildete sich im Oberkiefer ein grofser Sequester, nach dessen Entfernung eine zur linken Nasenhöhle führende Öffnung zurückblieb, die den Daumen bequem hindurchliefs. Heilung unter spezifischer Behandlung; künstlicher Verschlufs der Öffnung. — Verfasser nimmt an, dafs das Ulcus durch die mangelhafte Mundpflege und die anfängliche verkehrte Behandlung — tägliche Pinselung mit Jodtinktur — einen nekrotisierenden Charakter annahm. Ob der behandelnde Zahnarzt oder der Ehemann der Patientin, der schon im sechsten Jahre syphilitisch war, die Infektion herbeiführte, konnte nicht festgestellt werden.

Ein Fall von Hautbromismus à forme végétante, von Troisfontaines-Liège. Ein elfjähriges Kind bekam seit vier Jahren wegen sich häufender epileptischer Anfälle Brom. Auf dem rechten Unterschenkel bildeten sich zwei grofse ovoide Herde mit glatten Rändern und von grauvioletter Färbung; zum Teil waren sie auch mit Krusten bedeckt, unter denen sich ein weiches, leicht blutendes Gewebe befand. Diese Herde, die man für syphilitisch halten konnte, machten keinerlei subjektive Symptome. In ihrer Nachbarschaft befanden sich kleine Pusteln und Blasen. — Unter geeigneter Behandlung — Waschungen mit Aq. oxygenata — heilte der Ausschlag, trotzdem das Brom noch eine Zeitlang weiter gegeben wurde. — Als man dann das Brom aussetzte, blieben auch die epileptischen Anfälle aus, während der psychisch intellektuelle Zustand des Kindes sich erheblich besserte. Später wurde Jodkalium mit dem Erfolge gegeben, dafs bis zum Abschlufs der Beobachtung (fünf Monate) kein weiterer epileptischer Anfall auftrat.

Zwei Fälle von syphilitischer Haut- und Bindegewebsgangrän, von Ch. Audry-Toulouse. Der eine Fall betraf ein 20jähriges Mädchen, bei dem sich nach einem Fall auf das rechte Knie in der rechten Kniekehle eine Gangrän der Haut und des darunter liegenden Bindegewebes entwickelte. Syphilis liefs sich in diesem Fall klinisch nicht nachweisen, doch erfolgte Heilung unter Ausstofsung eines Bindegewebssequesters nach Kalomeleinspritzungen. Bei der zweiten Patientin, einer 34jährigen Plätterin, bestand ein ebensolcher gangränöser Herd in der rechten Leistengegend. Bei dieser Patientin war tertiäre Syphilis leicht nachweisbar. Auch hier erfolgte Heilung nach spezifischer Behandlung. In beiden Fällen ergab das Mikroskop, dafs die Gangrän durch Endarteriitis obliterans zustande gekommen war. — A. bemängelt die für diese Formen von Fournier gewählte Bezeichnung als Gumma sclerosum; weder histologisch noch nach ihrem Verlauf haben sie mit dem Gumma etwas gemeinsam.

Verrucae digitatae auf einem Naevus pigmentosus, von Ch. Audry. Der Naevus pigmentosus safs bei der 14jährigen Patientin über dem linken Ohr, in der Regio temporo-parietalis. Er war angeboren, zeigte aber in den letzten Wochen insofern eine Veränderung, als sein oberer Rand dicht an der Haargrenze in einer Breite von 15 mm und einer Länge von 25 mm ein warziges Aussehen annahm. Es handelte sich um kleine, ganz dicht stehende, fingerartige Wärzchen, eine Form, die dem Naevus durus keratoides von Unna entspricht.

Mikroskopischer Befund nach einer bipolaren Elektrolyse, von Ch. Audry. Ein Naevus fibrosus niger des Gesichts in der Gröfse einer Mandel war zuerst elektrolytisch behandelt, dann, als dies Verfahren nicht zum Ziel führte, exstirpiert worden. Zum Zweck der Elektrolyse waren vier Stahlnadeln, eine positiv, drei negativ, eingeführt und eine halbe Stunde lang mit einem Strom bis zu 35 Milliampère beschickt worden; erst zwei Tage später erschien ein kleiner Brandschorf. Die histologische Untersuchung des Naevus, die vier Monate nach der ersten elektrolytischen Sitzung stattfand, ergab, dafs das Gewebe noch viele kleinste Eisenteilchen enthielt, und dafs die Elektrolyse nur eine heftige Entzündung hervorruft, überall da also wenig leistet, wo der Naevus nur wenige Gefäfse enthält.

Kreisförmige Sklerosen der Finger, von Ch. Audry. Die Neubildung safs bei der jungen Patientin, einer Wäscherin, am Rand verschiedener Finger; sie begann mit einem kleinen, weifsen, runden, stecknadelkopfgrofsen Knötchen innerhalb der Hornschicht und war weder von Entzündung noch von subjektiven Symptomen begleitet. Dann wuchs das Knötchen etwas, wurde hart, und andere, gleichartige gesellten sich dazu, die sich in Form von Kreisen oder Kreissegmenten anordneten. Die Hornschicht erfuhr dabei keine Veränderung. — Durch Collodium salicylicum wurde in

einigen Wochen wesentliche Besserung erzielt. — A. meint, dafs diese Neubildung mit dem Erythema elevatum et diutinum nichts zu tun habe.

Ein einfaches Mittel, die Gonokokken im Präparat zu färben, von Morel und Dalous. Die in Alkohol oder Sublimat gehärteten Stücke werden ein bis zwei Minuten in folgende Lösung gelegt:

Methylenblau	1,0
Formaldehyd (40%ig)	4,0
Aq.	100,0

Anstatt des reinen Methylenblau kann man auch Methylenblau 0,75, Thionin 0,25 nehmen. — Dann wird in mit Essigsäure leicht angesäuertem Wasser leicht abgespült und in Alkohol gründlich gewaschen. Aufhellung mit Xylol.

Ein abnorm grofses Syphilid in der Nähe des primären Schankers, von Hallopeau und Deroye. Der mit einem allgemeinen papulösen Syphilid behaftete Patient zeigt dicht über dem Penis in den Pubes und am Unterleib eine grofse, rotviolette, über die Haut etwas hervorragende Papel. Der harte Schanker sitzt an der Eichel und der Vorhaut. — Durch diese und frühere Beobachtungen wurden Verfasser in ihrer Auffassung bestärkt, dafs die vom Schanker ausgehenden infektiösen Keime um so mehr an Kraft verlieren, je weiter sie sich vom Ort ihrer Entstehung entfernen; es sei kein Zufall, dafs das grofse papulöse Syphilid sich so dicht beim primären Ulcus befinde.

Zwei Fälle von Syphilis hereditaria unter dem Bilde der Tuberkulose, von Gaucher und Louste. Der Titel ist nicht ganz genau, denn in beiden Fällen bestand tatsächlich auch Tuberkulose der Lungen bezw. der Knochen. Die Stigmata der hereditären Syphilis lagen nicht zu Tage, mufsten erst gesucht werden. Doch wurden in beiden Fällen die schlimmsten, anscheinend tuberkulösen Symptome rasch und dauernd beseitigt. *Türkheim-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Über einen Fall von Stenose des Oesophagus im Anschlufs an Scharlach, von Boas-Berlin. (*Med. Blätter.* 1905. Nr. 13.) Ein junges Mädchen erkrankte an schwerem Scharlach; während der äufserst langsamen Rekonvaleszenz fing die Kranke an über ein Symptom zu klagen, wenn sie feste Substanzen schluckte, das sie als Herzdruck bezeichnete. Schliefslich konnte sie feste Substanzen nicht mehr herunterbekommen, und sogar Flüssigkeiten wurden in der Regel regurgitiert; es trat eine sehr erhebliche Gewichtsverminderung ein. Es fand sich bei der Untersuchung 3—4 cm hinter der vorderen Zahnreihe ein Hindernis, das nur die allerdünnsten, fast filiformen Sonden passieren liefs. An den Sonden fanden sich fast regelmäfsig kleine Blutstreifchen, so dafs es sich zweifellos um einen Fall von ulceröser, geschwüriger Stenose des Oesophagus handelte, die sich im Verlauf von diphtheritischem Scharlach entwickelt hatte. Unter Sondenbehandlung und Thiosinamin-Injektionen erhebliche Besserung, so dafs 12 Charriere bequem die Stenose passiert. *Putzler-Dansig.*

Antistreptokokken-Serum bei toxischem Scharlach, von J. H. Marsh-Macclesfield. (*Brit. med. Journ.* 18. Febr. 1905.) Verfasser hat sechs Fälle von

schwerer, toxischer Scharlachinfektion bei Kindern im Alter von weniger als acht Jahren mit dem polyvalenten Antistreptokokken-Serum behandelt. Es wurden in den ersten zwei Tagen alle vier Stunden 10 ccm Serum verabreicht, später nicht so häufig. Nebenbei wurden kalte Abwaschungen gegeben, und Nase und Rachen wurden mit einer milden alkalischen Lösung bespült. Von den sechs Kranken genasen wenigstens drei, was bei den äufserst bedrohlichen Erscheinungen als ein entschieden erfreuliches Resultat bezeichnet werden mufs. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokken-Serum, von Ludwig Mendelsohn-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 12.) Aus der Gesamtbetrachtung von 165 mit Aronsonschem Antistreptokokken-Serum behandelten Scharlachfällen ergibt sich, dafs sich eine wesentliche Beeinflussung der Scharlachsymptome nicht gezeigt hat. Die malignen und septischen Fälle endigten sämtlich letal. Das Auftreten von Komplikationen und Nachkrankheiten liefs sich nicht vermeiden. In 32 % der Fälle wurden Spritzexantheme örtlicher oder allgemeiner Natur beobachtet, in 7 % Gelenkaffektionen; Herzaffektionen scheinen eine Kontraindikation gegen die Anwendung des Serums zu geben. — Von vier schweren, mit Moserschem Serum behandelten Fällen verlief einer letal; eine Beeinflussung der Temperatur im Sinne einer „Reaktion" wurde nicht wahrgenommen.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokken-Serum, von F. Ganghofner-Prag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 14 u. 15.) In 15 mit kleinen Dosen von Aronsonschem Serum behandelten Scharlachfällen konnte Verfasser eine wesentliche Beeinflussung des Krankheitsverlaufes nicht feststellen. Die Versuche wurden vorzeitig abgebrochen, so dafs Verfasser ein endgültiges Urteil über dies Serum nicht abzugeben vermag. — Die an acht mit Moserschem Serum behandelten Fällen gemachten Erfahrungen haben dem Verfasser „trotz einzelner günstiger Eindrücke nicht die volle Überzeugung einer wesentlich günstigen Beeinflussung des Scharlachprozesses durch das Serum zu bringen vermocht". *A. Loewald-Kolmar.*

Über die interne Anwendung des „Adrenalin" mit besonderer Rücksicht auf die scarlatinöse, hämorrhagische Nephritis, von Viktor Molnár-Budapest. (*Pharmakol. u. therap. Rundsch.* 1904. Nr. 5.) Ermutigt durch den günstigen Erfolg, welcher bei zwei an scarlatinöser Hämaturie erkrankten Kindern mit interner Verabreichung der Sol. Adrenalini hydrochloric. (1,0 : 1000,0) erzielt worden war, verwendete M. in dem St. Ladislaus-Hospital zu Budapest das Adrenalin zur Stillung der Nierenblutungen bei scarlatinöser, hämorrhagischer Nephritis in 20 Fällen. Er verordnete je nach dem Alter Kindern 1—5, Erwachsenen 10—20 Tropfen vierstündlich in etwas physiologischer Kochsalzlösung. Unangenehme Nebenwirkungen traten in keinem Falle auf. Dagegen sistierte die Hämaturie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle am zweiten, dritten oder vierten Tag, spätestens am neunten Tage, während in den nicht mit Adrenalin behandelten Fällen die Blutung bis in die zweite, dritte, vierte Woche hinein dauerte, ja in einem Falle in der siebten, in einem erst in der neunten und in einem anderen sogar erst in der zwölften Woche aufhörte. Auffallend war dabei das schnelle Sinken des Eiweifsgehaltes nach Adrenalindarreichung, das in viel höherem Mafse vor sich ging, als es dem Schwinden des Blutes aus dem Harn entsprach, sodafs Verfasser annimmt, das Adrenalin vermöge infolge seiner gefäfskontrahierenden Wirkung auf die in der Niere herrschende entzündliche Hyperämie und somit auch auf die Nierenentzündung selbst einen günstigen Einfluís auszuüben. Ferner konnte Verfasser die harntreibende Wirkung ohne jede Reizung der Niere bei Anwendung des Adrenalins feststellen, da die Tagesmenge bereits kurze Zeit nach der Anwendung auf das zwei-, drei-, ja vier- und fünffache der früheren Urinmenge

stieg. Das Adrenalin wurde ferner nicht nur bei Nierenblutungen, sondern auch bei Darmblutungen sowie bei Rachenblutungen verordnet, von denen die eine im Anschluſs an eine äuſserst schwere, mit tiefer Schleimhautnekrose einhergehende Mund- und Rachenentzündung, welche auf internen Hg-Gebrauch zurückzuführen war, die andere durch eine scarlatinöse Angina entstanden war. *Putzler-Dansig.*

Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlach-Nephritis, von K. Patschkowski-Charlottenburg. (*Ther. Monatsh.* 1904. Nr. 12.) Die erste Veröffentlichung über derartige Versuche, eine Scharlach-Nephritis durch geeignete Prophylaxe zu verhüten, stammt von Widowitz (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 40). Widowitz hat bei 102 hintereinander in seine Behandlung kommenden Scharlachfällen Urotropin prophylaktisch gegen Nephritis gegeben und bei diesen so behandelten Patienten nicht einen einzigen Fall von Nephritis beobachtet.

Infolge dieser Anregung wurde Urotropin zu gleichem Zwecke bei den Scharlachkranken und hauptsächlich Kindern des Charlottenburger städtischen Krankenhauses angewandt. Dieser Versuch hat sich gut bewährt, wie im folgenden gezeigt werden soll.

Es wurde das Urotropin in 52 Scharlachfällen gegeben. Alle diese Fälle gehören einer äuſserst bösartigen, seit zwei Jahren bestehenden Epidemie an. Von diesen 52 Fällen wurde bei 8 das Urotropin 10—21 Tage lang hintereinander gegeben. In einem Falle trat eine leichte Albuminurie auf, ohne daſs Cylinder im Sediment nachgewiesen werden konnten, vom 23. bis 27. Tage. In den übrigen 44 Fällen erhielten die Patienten das Mittel dreimal je vier Tage lang mit bestimmten Unterbrechungen in denselben Dosen, und zwar erstens am 1., 2., 3., 4., zweitens am 9., 10., 11., 12. und drittens am 17., 18., 19., 20. Tage, wobei der Tag der Einlieferung ins Krankenhaus als erster Tag gerechnet wird. In der bei weitem gröſsten Anzahl der Fälle wurden die Kranken vor Ablauf des dritten Krankheitstages eingeliefert. Von den 44 so behandelten Patienten bekamen zwei Nephritis und zwar einer vom 12. bis 23. Tage und einer vom 22. Tage an. Bei letzterem besteht jetzt (am 40. Krankheitstage) ab und zu noch leichte Albuminurie. Im ganzen bekamen also von 52 Kranken nur zwei Nephritis, das ist 3,8 %. Bei diesen 52 Fällen bestand 18 mal schwere Drüsenvereiterungen, zum Teil mit Nekrosen des Gaumens und 22 mal Otitiden, die zum Teil operiert werden muſsten. Heubner konnte in der Charité die Häufigkeit der Nephritis dagegen auf 19,5 % berechnen. P. meint, es sei nach diesen ermutigenden Versuchen zweckmäſsig, auch bei Sepsis, z. B. puerperaler Sepsis, prophylaktisch gegen Nephritis Urotropin zu geben. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über Masern bei Erwachsenen nach Beobachtungen auf der Zürcher Universitätsklinik, von J. Oswald. (Inaug.-Dissert. Zürich 1902.)

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Masern mit Rezidiv, von Caramano-Marseille. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 53.) Kurze Mitteilung über einen Fall von Masernrezidiv, das zwölf Tage nach eingetretener Entfieberung begonnen hatte. *Götz-München.*

Masern ohne Exanthem, von Salzer-Worms. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 8.) In einer Familie, in der das älteste Kind vor elf Tagen an Masern erkrankt war, traten bei den vier übrigen Kindern gleichzeitig die katarrhalischen Prodromalerscheinungen der Morbilli und deutliche rote Flecken am Gaumen auf. Während sich aber bei drei der kleinen Patienten die Masern in normaler Weise entwickelten, zeigte sich bei dem vierten, einem $^5/_4$jährigen, sehr schwächlichen Kinde, keine Spur von Exanthem; es kam nur zu einer sehr heftigen, fieberhaften Bronchitis, die nach 14tägiger Dauer zum Tode führte. *Götz-München.*

Masern ohne Exanthem, von Schütz-Schriesheim i. B. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1905. Nr. 12.) Sch. glaubt, dafs Fälle von Masern ohne Exanthem nicht so selten sind, wie gewöhnlich angenommen wird. Seine eigenen drei Kinder erkrankten während einer im Orte herrschenden Masernepidemie unter den typischen Prodromalerscheinungen der Morbillen; aber nur bei einem Kinde entwickelte sich ein Exanthem, bei den anderen zeigte sich keine Spur von Ausschlag, während alle übrigen Symptome, allerdings in leichtestem Grade, vorhanden waren. *Götz-München.*

Die Prodromalexantheme bei Masern, von J. D. Rolleston-London. (*Brit. med. Journ.* 4. Febr. 1905.) Viel zu wenig im allgemeinen ist nach R.s Ansicht die Tatsache beachtet, dafs in einem sehr grofsen Prozentsatz der Masernfälle dem eigentlichen spezifischen Ausschlag gewisse Hautläsionen um einen oder mehrere Tage voraufgehen können. Bei einem Krankenhausmaterial von 60 (resp. 70) Fällen war dies bei der Hälfte der Fall. Die Formen, welche diese Läsionen annehmen, sind folgende: vereinzelte Maculae, flatschiges Erythem, isolierte Papeln, Urticaria, scharlachartiges Exanthem und Erythema circinatum, letztere Form allerdings nur sehr selten vorkommend. Bei 22 von den 30 so affizierten Fällen in R.s Beobachtung trat der Prodromalausschlag schon am ersten Krankheitstage hervor, während der eigentliche Masernausschlag erst um ein bis sechs Tage später hervortrat. Der Hauptsitz der Affektion ist der Rumpf, aber auch das Gebiet hinter den Ohren ist oft affiziert. Die Läsionen sind wenig beständig; prognostisch haben sie gar keine Bedeutung, diagnostisch dagegen eine sehr grofse. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Scharlach, Rubeola und Masern, von F. J. Poynton-London. (*Brit. med. Journ.* 4. Febr. 1905.) Verfasser berichtet aus eigener und aus fremder Praxis über eine Reihe von Fällen, welche grofse differentialdiagnostische Schwierigkeiten darboten. Weniger beachtet ist vielleicht das Vorkommen eines scharlachartigen Ausschlags bei Influenza. P. hat, wie einige anderen Autoren, Fälle dieser Art kennen gelernt, welche kaum eine andere Deutung zulassen. In bezug auf die Frage, ob neben den drei oben genannten Erkrankungen noch eine vierte ähnliche Infektionskrankheit vorkomme, wie Clement Dukes meint, hält P. sich reserviert. Dafs bei Scharlach die Infektion durch die Hautabschuppungen übertragen werden kann, scheint bestätigt durch einen Fall, bei welchem die fast ein Jahr aufbewahrten Hautfetzen einer gesunden Familie vorgezeigt wurden, worauf alsbald eine tödliche Erkrankung erfolgte. Ferner wird über einen Fall von Erkrankung nach Empfang eines Briefes von einem im Desquamationsstadium befindlichen Scharlachkranken berichtet. Beide Male war irgendein anderer Modus der Übertragung trotz Nachforschungen nicht festzustellen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Bedeutung der Koplikschen Flecke für die Diagnose und Differentialdiagnose der Masern, von Hermann Brüning-Leipzig. (*Dtsch. med. Wochenschrift.* 1905. Nr. 10.) Auf Grund genauer Beobachtungen, die gelegentlich einer Hautepidemie von Masern in der Leipziger Universitäts-Kinderklinik gemacht wurden, kommt Verfasser zu dem Ergebnis, dafs die Koplikschen Flecke ein bei genauer Untersuchung stets nachweisbares, absolut sicheres pathognomonisches Frühsymptom der Masern sind, dessen Vorhandensein als diagnostisches, differentialdiagnostisches und prophylaktisches Hilfsmittel in der Privatpraxis sowohl wie auch ganz besonders in Krankenhäusern usw. die weitestgehende Beachtung verdient.

A. Loewald-Kolmar.

Über das Auftreten von Geschwüren im Gesicht nach Masern, von Willy Riedel. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) *Fritz Loeb-München.*

Bemerkungen über lobäre Pneumonie nach Masern, von F. C. Bottomley-Bournemouth. (*Brit. med. Journ.* 4. Febr. 1905.) Während im allgemeinen bekanntlich die katarrhalische Form der Lungenentzündung die gewöhnlichste Komplikation bei Masern bildet, hat B. im Jahre 1900 und 1902 bei zwei Epidemien 13 Fälle von lobärer Pneumonie bei Masernkindern im Alter von 1—5 Jahren beobachtet. Die Prognose scheint weniger ernst als bei der lobulären Form zu sein, denn von den 13 starb nur eins, ein $1^1/_2$jähriger Knabe, welcher unter Konvulsionen zwei Tage nach der Krisis zugrunde ging. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Nieren bei den an Masern erkrankten Kindern, von A. G. Tkatschenko. (Dissertation. St. Petersburg. 1904.) In sämtlichen Fällen war vornehmlich das Epithel der Tubuli torti, in der Hälfte der Fälle die Glomeruli affiziert. Die Affektion tritt herdweise auf. Das makroskopische Bild entspricht nur in Ausnahmefällen dem mikroskopischen.

Fritz Loeb-München.

Über die Filatow-Dukessche Krankheit, von J. Ruhemann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 3.) Im Anschluſs an Bókays Arbeit teilt Verfasser mit, daſs er bereits 1878 eine kleine Epidemie (sieben Fälle) dieser Krankheit gesehen habe. Die Unterscheidung vom Scharlach, abgesehen davon, daſs Kinder erkrankten, die schon Scharlach durchgemacht hatten, war so auffallend, daſs Verfasser diese Fälle als „Rubeola scarlatiniformis" (Rubeola scarlatiniformia müſste es wohl heiſsen. Ref.) notiert hat. Auch später sah er noch mehrere Fälle. Differentiell-diagnostische Merkmale sind das Fehlen von Erbrechen im Beginn der Erkrankung, das mäſsige, schnell abklingende Fieber, das relative Wohlbefinden, das Ausbleiben der Desquamation und der Mangel an Nachkrankheiten und Komplikationen. Das Entscheidende für die Diagnose dürfte wohl erst das Ausbleiben der Desquamation sein.

A. Loewald-Kolmar.

Erythema infectiosum, von Henry Larned Keith Shaw-Albany. (*Amer. Journ. of Med. Sciences.* Jan. 1905.) Erythema infectiosum, in der deutschen Literatur unter verschiedenen Namen beschrieben und zuerst von Escherich als selbständiges Krankheitsbild aufgestellt, ist eine schwach kontagiöse Kinderkrankheit, die zuweilen im Anschluſs an Masern- oder Rötelnepidemien beobachtet wird. Sie ist charakterisiert durch ein maculo-papulöses rosenrotes Exanthem, das zunächst im Gesicht an den Wangen auftritt, von denen es sich gegen die Nasolabialfalten und den Mund scharf absetzt; später befällt es die Arme und Beine, und zwar besonders die Auſsenseiten, zuletzt Hände und Füſse. Die übrigen Teile des Körpers können ganz frei bleiben. Im Gesicht sieht das Exanthem erysipelähnlich aus, an den Extremitäten mehr masernähnlich. Die subjektiven Symptome sind äuſserst geringfügig. Nach sechs bis zehn Tagen verschwindet der Ausschlag ohne Schuppung. Die Inkubationszeit der Krankheit liegt zwischen sechs und 14 Tagen. *A. Loewald-Kolmar.*

Windpocken bei Erwachsenen, von Mulert-Waren. (*Ärztl. Rundschau.* 1904. Nr. 50.) Verfasser bringt weitere Belege zur Bekämpfung der Lehre, daſs Windpocken nur bei Kindern vorkämen. Es sind ihm von verschiedenen Seiten acht weitere genau beobachtete Einzelfälle von Varicellen bei Erwachsenen mitgeteilt worden, deren Krankengeschichte er kurz anführt. Er selbst hat ebenfalls noch zwei Fälle beobachtet. Hieraus glaubt M. sich berechtigt, den Schluſs zu ziehen, daſs eben Windpocken bei Erwachsenen durchaus nicht so selten vorkommen, wie das allgemein angenommen und meist auch in den Lehrbüchern angegeben wird.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Varicellen, Ausgang in Tod, von Jakob Meyer-Frankfurt a. M. (*Wien. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 45.) M. teilt einen Fall von Varicellen bei einem 13 Monate

alten Kinde mit, der mit Exitus endete. Es handelte sich um eine hochgradige infektiöse Form von Varicellen, bei welchem durch sekundäres Eindringen von Staphylococcus aureus in eine der Oberhaut entblöste Blase am Daumen eine phlegmonöse Entzündung der ganzen linken Oberextremität und Schultergegend herbeigeführt wurde. Diese brachte dann durch Toxinproduktion und Resorption ein ganz nach Art reiner Sepsis verlaufendes Krankheitsbild zustande. *Putzler-Danzig.*

Eine ungewöhnliche Komplikation bei Varicella, von C. Coombs - Bristol. (*Brit. med. Journ.* 18. März 1905.) Bei einem elfjährigen, kräftigen Knaben, der seit zwei Tagen mit ausgedehntem Varicellenausschlag erkrankt war (es sollen ca. 300 Pöckchen vorhanden gewesen sein), trat eine schmerzhafte Urinverhaltung von 16-stündiger Dauer ein. Das geschwollene Praeputium zeigte ein das Orificium vorlagerndes Varicellabläschen, und im Lumen der Urethra fand sich eine schmerzhafte Stelle, welche vielleicht auch von einer Pocke herrührte. Ein heifses Bad und Morphium schafften sofort Hilfe. *Philippi - Bad Salzschlirf.*

Variola und Varicellen, von Richard Pick - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 12.) Immer wieder werden Stimmen laut, die nach den Anschauungen der alten Hebraschen Schule Pocken und Varicellen indentifizieren wollen. Zum gegenteiligen Beweis zieht Pick daher einen Fall aus seiner Praxis heran, wo ganz kurz vorher typische Impfpocken herausgetreten waren und dennoch sechs Wochen später die Ansteckung an Varicellen erfolgte.

Am 20. November 1904 erkrankte in einer Wiener Familie zuerst der neunjährige Sohn, genau 14 Tage später der elfjährige Sohn und das fünfjährige Töchterchen, letztere namentlich im Gesicht und am behaarten Kopfe; und schliefslich (am 18. Dezember) als letzter erkrankte ein Säugling von sechs Monaten, der eben merkwürdigerweise kurz vorher von P. selbst mit Erfolg geimpft war. P. sagt dazu folgendes: „Der Vaccinationsprozefs hatte einen ganz regelmäfsigen Verlauf, und nach drei Wochen, also am 27. November 1904, waren an beiden Oberarmen je zwei charakteristische Narben zurückgeblieben. Und trotz dieser zweifellos mit gutem Erfolge durchgeführten Vaccination erkrankte dieser Säugling am 18. Dezember 1904, also wiederum genau 14 Tage später als die beiden zuletzt erwähnten Fälle, an typischen Varicellen. Die Krankheit war noch viel heftiger aufgetreten als bei den anderen Geschwistern."

Übrigens machte P. hierbei noch die interessante Beobachtung, dafs auch bei Varicellen das rote Licht sich heilsam erwies, indem es die Juckbeschwerden milderte und eine Entstellung durch Narbenbildung beim Abheilen der Bläschen verhinderte.
Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über die Variola bei den Muselmännern Nordafrikas, von L. Charvin. (*Thèse de Lyon.* 1902. Nr. 142.) *Frits Loeb-München.*

Die Schwankungen des Körpergewichts im Verlauf der Variola, von M. Garnier und G. Sabaréanu. (*Rev. de méd.* 1904. Nr. 7.) Bei früherer Gelegenheit haben Verfasser Untersuchungen publiziert über die bei Scharlach und Pneumonie zu beobachtenden Gewichtsschwankungen. Die vorliegende Arbeit gibt die Beobachtungen wieder, welche bei täglichen Gewichtsbestimmungen bei einer Reihe von Pockenkranken mit verschiedenen Graden des Leidens aufser Variola haemorrhagica im Hospital Porte - d'Aubervilliers gewonnen wurden. Unter den Kranken waren fünf, welche schon am ersten oder zweiten Tage des Ausschlags zur Aufnahme gelangten, während die anderen erst später aufgenommen waren. In diesem ersten Stadium nun findet man im allgemeinen ein Gleichbleiben des Gewichts oder eine nur geringe Zunahme um 300—500 g. Einmal wurde eine Steigerung auf 1200 g konstatiert. Mit dem Nachlassen des Ausschlags und dem Abfall der Temperatur tritt eine geringe Ver-

minderung des Gewichts ein, welches in der Zeit eben vor dem Einsetzen der Pustelbildung seinen niedrigsten Stand erreicht. Gleichzeitig mit der zunehmenden Entwicklung der letzteren steigt das Körpergewicht stetig an, wobei die Zunahme im allgemeinen 2—3 kg beträgt. Es wurden aber Steigerungen bis zu 7 kg konstatiert. Ist die Entfieberung eingetreten, so tritt eine Gewichtsabnahme ein, wobei die Kurve häufig keine glatte Linie, sondern Staffeln und Plateaus aufweist. Meistens zeigt dieser Teil der Gewichtskurve das Spiegelbild des aufsteigenden Astes. Nach einer Minimumperiode von meist drei bis sechs Tagen, gelegentlich aber bis 30 Tagen, tritt dann zugleich mit der Wiederherstellung im allgemeinen eine in der Regel ziemlich langsame Gewichtszunahme bis zur Wiederherstellung des ursprünglichen Körpergewichtes oder einem Überschreiten desselben ein. Bei Varioloïs waren, wie zu vermuten war, diese Unterschiede bei weitem nicht so klar markiert. Ein sehr ernstes Symptom, das bei drei tödlich verlaufenen Fällen eintrat, ist das mehr oder minder plötzliche Abfallen des Gewichtes im Suppurationsstadium. Dies stimmt mit der schon von Trousseau hervorgehobenen Tatsache von der Bedeutung des schnellen Schwindens der Ödeme bei Variola (und anderen Krankheiten, z. B. bei Phthisikern im letzten Stadium, Ref.) überein.

Die Entstehung dieser Ödeme ist nun nicht durch eine Störung der Nierenfunktion zu erklären. Diese Organe sind wenigstens in der grofsen Mehrzahl der Fälle nicht affiziert. Allerdings ist die Urinmenge stets herabgesetzt, und die Ausscheidung des NaCl ist bei Variola oft ebenso wie bei Scharlach und noch mehr bei Pneumonie herabgesetzt. Eine gröfsere Dichte des Urins im Fieber konnten Verfasser als Regel nicht konstatieren. Einige Untersuchungen in bezug auf den Gefrierpunkt des Variolaurins ergaben keine eindeutigen Resultate. Ferner legen sie dar, dafs die Gewichtsverhältnisse von der Menge der aufgenommenen flüssigen Nahrung absolut unabhängig waren. Sie erklären deshalb diese Gewichtsvermehrung durch eine aktive Ansaugung von Feuchtigkeit und zugleich natürlich des unentbehrlichen NaCl (physiologische Kochsalzlösung) seitens der Gewebe des Körpers als Abwehr gegen die eingedrungenen Toxine. Diese Erklärung findet eine Bestätigung in einigen von Roger ausgeführten Tierexperimenten, bei denen in der Leber regelmäfsig eine Flüssigkeitszunahme konstatiert wurde nach verschiedenartigen Infektionen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die kosmetische Behandlung der Blatternarben mit Vaselin und Ölvaselin, von R. Stegmann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 13.) Analog den Gersuny'schen Vaselin- und Ölvaselininiektionen zur Hebung der Deformitäten der Nase, der eingezogenen Narben, bei Gesichtsassymetrien und bei Atrophia faciei machte S. Versuche in einem Falle von entstellenden Blatternarben im Gesicht, indem er von der Beobachtung ausging, dafs die Gesichtshaut die Blatternarben bis auf einige Pigmentierungen ganz verschwinden läfst, sobald man sie straff anzieht; es fallen also dann die auffälligen Schattenbildungen weg. Wir folgen hier am besten der Schilderung S.s selbst: Die Narben befanden sich auf der Stirne, besonders stark in der Schläfengegend, ferner auf den tief eingesunkenen Wangen und in sehr entstellender Weise auf dem Kinn. „Ich habe nun zunächst in die beiden Fossae caninae möglichst nahe auf dem Knochen je 2 ccm Vaselin injiziert, wodurch die ganze Wangengegend gespannt wurde; eine weitere Injektion von 1 ccm Vaselin wurde in die Kinngegend, ebenfalls möglichst nahe dem Knochen, ausgeführt. Diese Injektionen reinen Vaselins bilden in kurzer Zeit harte Tumoren, welche in den oberflächlichen Gesichtspartien zu erheblicher Bewegungsstörung führen würden, die in der Tiefe jedoch ein gutes Widerlager für die nun folgenden zahlreichen Ölvaselininiektionen (ein Teil Vaselin, Unguentum Paraffini, vier Teile Olivenöl) abgeben. In einem Falle wurden im ganzen

in sieben Sitzungen, die jeden zweiten Tag erfolgten, 5 ccm Vaselin und 20 ccm Ölvaselin injiziert. Der Effekt war nun der, daſs erstens das Gesicht auffallend mager war, in ein normales, jünger aussehendes verwandelt wurde, und daſs an manchen Stellen von den Blatternarben nichts mehr zu sehen war als eine ganz geringe Pigmentation. Das Kinn, das vor der Behandlung voller Gruben war, lieſs überhaupt nichts Pathologisches mehr erkennen, ebensowenig die Schläfengegend; auch die Wangen zeigten eine auffällige Besserung. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Impfgegnerschaft und Pocken in Dewsbury-Union. Leitartikel. (*Brit. med. Journ.* 18. Febr. 1905.) Folgende statistischen Notizen dürften die ganze Sachlage vollauf charakterisieren: Die Stadt- und Landgemeinde Dewsbury in England, in welcher etwa 40% der Bevölkerung von 167643 Seelen (laut Zählung im Jahre 1901) ungeimpft ist, wurde im Jahre 1904 von einer Pockenepidemie heimgesucht, welcher bis zum Ende des Jahres nicht weniger als 1312 Personen verfielen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Geschichte der kgl. bayerischen Zentralimpfanstalt, von L. Stumpf-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 3.) Zu Anfang dieses Jahres hat die bayerische Zentralimpfanstalt in München, in der die für ganz Bayern erforderliche Menge von Tierlymphe erzeugt wird, ein neues Heim bezogen, ein Heim, „das in Anlage und Einrichtung von keinem anderen Institute der gleichen Bestimmung erreicht, geschweige denn übertroffen wird". Dieses freudige Ereignis gibt St., dem jetzigen Zentralimpfarzt, Veranlassung, in einem sehr lesenswerten Aufsatze die nunmehr fast hundertjährige Geschichte der Anstalt und damit die Geschichte des bayerischen Impfwesens überhaupt zu schildern und seiner Vorgänger Giel, Reiter und Kranz zu gedenken, durch deren Tätigkeit die Durchführung der Schutzpockenimpfung in Bayern sehr früh einen hohen Grad der Vollkommenheit erreicht hat und mustergültig für andere deutsche und ebenso für aufserdeutsche Länder geworden ist. — Die neue Zentralimpfanstalt besteht aus vier Gebäuden: dem Verwaltungsgebäude, dem Impfstall, dem Lymphebereitungsgebäude und einer Kontumazanstalt, die den erstgenannten drei Pavillons benachbart, aber doch von ihnen gänzlich getrennt ist. Eine genauere Beschreibung der ganzen Anlage sowie der Einrichtung behält St. sich vor. *Götz-München.*

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1903, von L. Stumpf-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 49 und 50.) Der herkömmliche Jahresbericht des bayerischen Zentralimpfarztes schliefst sich nach Einteilung, Umfang und Inhalt getreu seinen Vorgängern an. Er bringt im wesentlichen nichts Neues, auch unter den von den einzelnen Impfärzten mitgeteilten Beobachtungen findet sich nicht viel Besonderes. Zu erwähnen ist vielleicht, daſs es mehrfachen Angaben zufolge Familien gibt, in denen jedes Kind nach der Impfung in gleicher Weise an einem generalisierten Ausschlag erkrankt; die Mütter sind in solchen Familien an den Anblick dieser Impfexantheme meist so gewöhnt, daſs sie dem Arzte nichts davon sagen. — In einem Bezirke blieb die Impfung bei fünf Kindern erfolglos, bei der Nachschau zeigte sich, daſs sie alle an Varicellen erkrankt waren; die nach Ablauf derselben vorgenommene abermalige Impfung war von Erfolg begleitet. *Götz-München.*

Die Schutzwirkung der Impfung, von H. J. Wilson-Nottingham. (*Brit. med. Journ.* 8. April 1905.) Als Ergänzung zu anderen kürzlich mitgeteilten Fällen berichtet W. über ein siebenmonatiges Kind, das zugleich mit der an konfluenten Pocken erkrankten Mutter im Pockenhospital aufgenommen wurde, von derselben gestillt wurde und trotzdem offenbar infolge der vierzehn Tage vor der Aufnahme erfolgten Impfung nicht erkrankte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die schützende Kraft der Vaccination, von J. T. C. Nash-Southend-on-Sea. *Brit. med. Journ.* 26. Nov. 1904.) Als ein frappantes Beispiel berichtet N. über einen Säugling von sechs Monaten, welcher mit seiner an Variola erkrankten Mutter im Pockenkrankenhause untergebracht wurde, ohne irgendwelche nachteilige Wirkung zu erleiden. Derselbe zeigte drei typische Impfstellen am Arm.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Impfung der Hindus. Ein Artikel der *Madras Mail* bringt einen Auszug aus dem *Madras Courier* vom 12. Januar 1819, und die *Medizinische Woche*, 1905, Seite 24 bringt die Übersetzung einer höchst interessanten Stelle, welche darauf hindeutet, dafs die Impfung, wie wir sie jetzt ausüben, und nicht nur die Inokulation, bei den Hindus schon vor undenkbaren Zeiten gegen die Blattern ausgeführt wurde. Diese Stelle lautet in der Übersetzung folgendermafsen: „Nimm die Flüssigkeit aus einer Pustel an dem Euter einer Kuh oder aus einer Pustel zwischen dem Schulterblatt und den Ellenbogen eines Menschen auf die Spitze einer Lanzette und ritze damit die Arme zwischen Schulterblatt und Ellenbogen des zu Impfenden, bis etwas Blut erscheine. Wenn man die Flüssigkeit vermischt, wird das Fieber der Blattern hervorgebracht." Weiter heifst es: „Die Pocken, welche durch die Flüssigkeit von dem Kuheuter hervorgebracht werden, bedingen eine leichte Krankheit ohne Angstgefühl und benötigen keine Arzneimittel; besondere Diät ist nicht notwendig und der Patient kann ein-, zwei-, drei-, vier-, fünf- oder sogar sechsmal geimpft werden. Die Pockenpustel soll, wenn reif, eine gute Farbe haben, gefüllt mit klarer Flüssigkeit und umgeben von einem roten Hofe; der Geimpfte wird niemals unter den Blattern zu leiden haben. Mit der Flüssigkeit aus einer Pustel eines Kuheuters geimpft, werden einige Patienten leichtes Fieber einen, zwei oder drei Tage lang haben, zuweilen auch leichten Schüttelfrost. Das Fieber wird oftmals begleitet von Anschwellungen in den Achselhöhlen und von anderen Symptomen der Blattern, solche aber treten aufserordentlich milde auf. Gefahr ist nicht vorhanden und alle Erscheinungen verschwinden in einigen Tagen." *Arthur Rahm-Collm (Sachsen).*

Impfreaktion unter Rotlicht, von Karl Rössler-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 47.) Angeregt durch Goldmanns, Scheins und Knöpfelmachers Versuche, hat R. 250 Soldaten bei Tageslicht geimpft und nach Eintrocknung der Lymphe „rot" verbunden. Dieser Verband bestand aus einem vierfach zusammengelegten Streifen hydrophiler Gaze, so grofs, dafs sie nur das Impffeld bedeckte, welche mit Cochenilletinktur rotgefärbt war; darüber kam ein ebenso grofses Plättchen aus rubinroter Gelatine, und das Ganze wurde mit einmaliger Tour einer ebenso gefärbten Kalikobinde befestigt. Um dem Einwurfe, dafs die Impfreaktion unter dem Verbande milder verlaufe, zu begegnen, da durch das Aufsaugen der Sekrete eine schnellere Eintrocknung herbeigeführt, zugleich aber die Impfstelle vor Trauma und Infektion geschützt wird, mehr aber noch, um wirklich die Impfstellen beständig unter Rotlicht zu halten, impfte R. noch 42 Fälle wie gewöhnlich unter Tageslicht, bedeckte aber nachher diese Stellen mit starken rubinroten Konkavgläsern, welche mit Heftpflasterstreifen befestigt wurden. Bei diesen Fällen nun, unter denen sich auch fünf das erstemal negativ Geimpfte befanden, zeigten sich nach zehn Tagen typische Impfpusteln mit Ausschlufs aller heftigen Erscheinungen. Die Pusteln hatten einen minimalen roten Hof, den eitrig oder milchig getrübten Inhalt, waren kammerig angeordnet und vertieft. Achseldrüsen nicht druckschmerzhaft, nicht vergröfsert. Das auffallendste war, dafs diese Impfpusteln nicht konfluierten und viel kleiner als die nicht unter diesen Kautelen erzeugten übrigen Impfpusteln waren. Die Abheilung ging unter Rotlicht sehr rasch und glatt vor sich und zeigte eine strahlige, kleine, vertiefte Narbe. Die gleiche Anzahl impfte er wie gewöhnlich. Die Resultate waren somit günstig im

folgenden Sinne: Das Rotlicht schwächt das Vaccinevirus keineswegs ab, es mildert aber den Verlauf der ganzen Impfreaktion. R. ist der Meinung, dafs das Rotlicht auf die Staphylo- und Streptokokken entwicklungshindernd einwirkt, was er durch zwei mit Rotlicht behandelte eiternde Pferdebifswunden zu beweisen sucht, die in fünf Tagen nahezu geheilt wurden. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Komplikation bei Schutzpockenimpfung, von Wedel-Crefeld. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) Übertragung von Impfpocken auf die Genitalgegend der Mutter eines geimpften Kindes. *A. Loewald-Kolmar.*

Akzidentielle Vaccination der Nasenschleimhaut, von Lublinski-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 52.) Aufzählung einiger von anderen Autoren mitgeteilter Fälle von Vaccineübertragung auf nicht Geimpfte und kurze Schilderung einer Vaccineinfektion der Nasenschleimhaut bei der Mutter eines Impflings. L. fordert, dafs allen Menschen, die mit frisch geimpften Kindern zu tun haben, die peinlichste Sauberkeit und die gröfste Vorsicht zur Pflicht gemacht wird, namentlich Personen gegenüber, die an Ekzem oder Prurigo leiden; ekzematöse Kinder dürfen nicht nur nicht geimpft werden, sie müssen auch vor zufälliger Übertragung des Impfstoffes aufs sorgfältigste behütet werden. *Götz-München.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Statistik der Lepra. Nach amtlichen Feststellungen waren am Schlusse des Jahres 1904 im Deutschen Reiche 24 Aussätzige vorhanden (gegenüber 25 am Ende des vorhergehenden Jahres). Davon entfielen auf Preufsen 19, auf Hamburg 3, auf Mecklenburg-Schwerin und auf Elsafs-Lothringen je 1. In Preufsen sind im Laufe des Jahres 1904 drei Aussatzkranke verstorben. Dagegen sind zwei weibliche Kranke, die im Kreise Memel vor 10 und 15 Jahren mit Aussätzigen in Berührung gestanden hatten, hinzugekommen. In Hamburg ist im Berichtsjahr ein Aussätziger gestorben, drei haben das Reichsgebiet verlassen. Ein Zugang erfolgte dadurch, dafs drei lepröse Brasilianer sich in eine Hamburger Privatklinik aufnehmen liefsen.

Fritz Loeb-München.

Neue Gesichtspunkte in der Leprafrage, von Deycke-Pascha und Reschid-Bey-Konstantinopel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 13 und 14.) Die Verfasser haben in einem Falle von schwerer tuberöser Lepra aus drei Lepromen, die aber verschiedenen Körperstellen und zu verschiedenen Zeiten entnommen waren, eine säurebeständige Streptothrixart in Reinkultur gezüchtet. Sie fanden, dafs dieser Mikroorganismus auf allen bekannten Nährböden wächst, je nach Temperatur und Nährsubstrat in mannigfaltig wechselnden morphologischen Gebilden. Eine besonders bemerkenswerte Wachstumsform war die in Gestalt sehr langsam sich entwickelnder, rundlicher Pilzdrusen, wie sie sich in mit Rinderbouillon beschickten Röhrchen bei 3 g bis 40° bildeten. Subcutane Injektionen dieser Pilzdrusen führten bei dem Patienten, von dem die Kulturen gewonnen waren, in ganz kurzer Zeit ein höchst überraschendes Zurückgehen der sehr ausgedehnten leprösen Erscheinungen und Hebung des bis dahin sehr schlechten Allgemeinzustandes herbei. Weitere Erfahrungen an anderen Patienten fassen die Verfasser, ohne ein abschliefsendes Urteil abgeben zu wollen, dahin zusammen, dafs zwar nicht stets eine so prompte und eklatante Beeinflussung, aber auch nie ein völliges Versagen der Behandlungsmethode beobachtet wurde. Wie es scheint, gehen diffuse Infiltrate, selbst wenn sie sehr zahlreich und ausgedehnt sind, meist sehr schnell und prompt zurück, ohne Hinterlassung einer Spur oder unter Bildung eines pigmentierten Fleckes, während die scharf umschriebenen Knoten oft

äufserst renitent sind und makroskopisch nur sehr geringe Einwirkung bemerken lassen. Die histologische Untersuchung zeigt aber, dafs diese Knoten bei der Behandlung vielfach die Neigung haben, sich in hypertrophische, fibrösnarbige Knoten umzuwandeln. Diese Beobachtungen sowie die an mehreren Kranken gesehenen lokalen Reaktionen, die den Tuberkulinreaktionen sehr ähnlich sind und die kleinsten leprösen Gebilde „mit spezifischer Schärfe" hervortreten lassen, sind den Verfassern Beweise dafür, dafs ihre Injektionen einen ganz spezifischen Einfluſs auf die Lepraerreger ausüben. Die bakterizide Wirkung des Vaccins war besonders in drei Fällen deutlich; bei zweien verschwanden die vorher sehr zahlreichen Bazillen innerhalb weniger Monate vollständig, im dritten Falle blieben sie nur noch im Nasenschleim nachweisbar. Bei anderen Kranken, z. B. Tuberkulösen, waren derartige Injektionen völlig indifferent.

Die Verfasser glauben, dafs zwischen den echten Leprabazillen und der von ihnen gezüchteten Streptotrichee ein irgendwie geartetes verwandtschaftliches Verhältnis bestehen müsse. In Anlehnung an die neuerdings von Bakteriologen aufgestellte Theorie, dafs gewisse pathogene Bakterienformen Abkömmlinge einer ursprünglichen Streptotrichee und Anpassungsformen an den menschlichen resp. tierischen Organismus sind, nehmen die Verfasser an, dafs ihre Streptothrixart einen atavistischen Rückschlag auf eine ehemalige, vielleicht saprophytische, einer höher organisierten Pilzform angehörige, entwicklungsgeschichtliche Vorstufe bedeute, welche durch parasitische Anpassung an den menschlichen Körper den bazillären Charakter der Lepraerreger angenommen hat. — Mit anderen Forschern haben auch die Verfasser aus Lepragewebe Bakterien isolieren und in Reinkultur weiter zu impfen vermocht, die als Diphtherideen zu bezeichnen sind. Die gegen die Lepranatur dieser Diphtherideen geltend gemachten Bedenken, die Inkonstanz der Befunde und die fehlende oder mangelnde Säurefestigkeit der Kulturbazillen glauben die Verfasser nach ihren Untersuchungen widerlegen zu können. Sie haben in einer beträchtlichen Zahl von Fällen durch ein einfaches Anreicherungsverfahren stets dieselbe Diphtherideenform zu züchten vermocht, und sie haben gefunden, dafs es gelingt, mit relativ einfachen Mitteln ganz nach Belieben aus nicht farbebeständigen Diphtherideen säurefeste Bazillen zu machen. Danach erscheint es ihnen als nicht unwahrscheinlich, dafs die Diphtheridee die Anpassung des Leprabacillus an künstliche Existenzbedingungen und der Bacillus des menschlichen Lepragewebes die adäquate säurefeste Anpassungsform an das parasitische Dasein ist.

A. Loewald-Kolmar.

Die Lepra in Hinterindien, Vorschlag zur Reglementierung mit Rücksicht auf die Prophylaxe, von E. Jeanselme-Paris. (*Arch. de parasit.* Bd. 9. Nr. 2.) J. schätzt die Zahl der Leprösen in Französisch-Hinterindien auf 12—15000; da bis jetzt keinerlei Maſsregeln gegen die Weiterverbreitung der Seuche getroffen wurden, so steht zu befürchten, dafs die Krankheit auch unter den Weifsen bald groſse Verheerungen anrichten wird. Um das zu verhüten, schlägt J. folgende Maſsregeln vor:

1. Leprösen wird bei Strafe die Ausübung all der Berufe verboten, bei denen es sich um die Herstellung oder Zubereitung von Nahrungs- und Genuſsmitteln, Getränken und Medikamenten, um die Herstellung und Behandlung von Kleidern und Wäsche oder um die Pflege und Bedienung anderer Menschen handelt. Lepröse dürfen nur in den ausdrücklich für sie bestimmten Bädern, Wasserreservoirs und Brunnen baden, Kleider waschen und Wasser schöpfen; sie dürfen keine Mietfuhrwerke benutzen und nicht in Hotels wohnen.

2. Die Einwanderung von Chinesen ist aufs strengste zu überwachen, eingewanderte Lepröse werden auf Kosten des Schiffspatrons oder Kapitäns, der sie hergebracht hat, zurückgeschickt.

3. Jeder Lepröse mufs interniert werden; Leprosorien sind möglichst auf Inseln anzulegen.

Zu diesen Hauptpunkten kommt dann noch: das Verbot der Verheiratung Lepröser, Überwachung der Märkte, Messen usw., wiederholte Untersuchungen der Schulkinder, Sträflinge, Milizsoldaten, der eingeborenen Polizeibeamten und der Prostituierten; Verbot der Impfung von Arm zu Arm, Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren der Lepra und die Mittel, sich gegen die Erkrankung zu schützen, Ausbildung und Übung der Ärzte in der klinischen und bakteriologischen Diagnose der Lepra. *Göts-München.*

Ein einheimischer Fall von tuberöser Lepra, von Oliver S. Ormsby-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 31. Dez. 1904.) Der Patient, der bis zu seinem 21. Lebensjahre ganz gesund war, stammt von Eltern, die beide in Norwegen geboren, im Kindesalter nach Amerika gekommen waren. Der Vater starb vor Vollendung des 40. Lebensjahres vermutlich an Lepra, eine Schwester des Patienten gleichfalls. Die Krankheit besteht jetzt sechs Jahre und bietet das typische Bild einer tuberösen Lepra.

A. Loewald-Kolmar.

Über die Beobachtungen von Lepra auf der medizinischen Klinik in Zürich, von Lydia Pekar. (Inaug.-Dissert. Zürich 1902/1903.)

Fritz Loeb-München.

Zur Pathologie und Therapie der Lepra, von E. R. Rost-Rangoon. (*Brit. med. Journ.* 11. Febr. 1905.) Ein Haupthindernis für das Wachstum der Mikroorganismen auf den Nährmedien stellt nach den Beobachtungen R.s das fast überall vorkommende NaCl dar, indem es durch Spaltung freies Chlor entwickelt. Um dem abzuhelfen, stellt Verfasser nunmehr eine salzfreie Bouillon dar, indem er die Fleischbrühe in ein mit Bimssteinstückchen beschicktes Gefäfs bringt und überhitzten Wasserdampf hindurchführt. In der so gewonnenen Nährflüssigkeit wachsen Tuberkelbazillen binnen ein bis drei Tagen zu einer Kultur aus und die Leprabazillen in drei bis fünf Tagen. Dasselbe gilt von anderen säurefesten Mikroorganismen. Salzfreies Agar-Agar erzielte Verfasser ferner durch ein längeres Dialysieren; auf dem so präparierten Nährboden wächst der Leprabacillus als eine zunächst weifse, dann gelbliche oder ziegelsteinrote Kultur mit der gröfsten Leichtigkeit aus. Mit diesen Hilfsmitteln hat R. nun nach Art des Kochschen Tuberkulins ein Antitoxin hergestellt, das er Leprolin nennt. Zur Bereitung desselben wird ein Stück lepröses, nachweislich bazillenhaltiges Gewebe in Bouillon gebracht und drei bis fünf Tage bei 37°7 erhalten. Von den Kulturen werden dann Reinkulturen auf Agar angelegt, die man etwa sechs Wochen auswachsen läfst. Dann wird die Kultur mehrmals durch sterile Pasteursche Filter gegeben, auf $^1/_{10}$ des Originalvolumens eingeengt, Glycerin zugesetzt und nochmals filtriert. Mit diesem Präparate hat R. bereits 120 Fälle von Lepra injiziert. Es entsteht eine recht heftige Reaktion mit Fieber bis zu 40° und darüber, aber bisher ohne dauernden Nachteil, obgleich schon mehr als 400 Injektionen gegeben worden sind. Bei allen Patienten hörte das Fortschreiten des Leidens auf und vier Fälle können als geheilt gelten. Besonders auffallend war die Wirkung bei der Lepra anaesthetica. Die Anästhesie war öfters nach einer einzigen Injektion beseitigt. (Wir wollen ernstlich hoffen, dafs die Zukunft diese schönen Resultate bestätigt. Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die leprösen Veränderungen der oberen Atmungswege, von Peter Hager-Budapest. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 45.) Die bei der Lepra, besonders bei der tuberösen Form, auftretenden Erkrankungen der oberen Luftwege sind eine häufige Erscheinung. Affektionen der Nase kommen in 96%, des Rachens in 73% und des Kehlkopfes in 70% aller Fälle vor. Nach ausführlicher Beschreibung

dieser pathologischen Veränderungen teilt Verfasser eine Beobachtung der Lepra an fünf Geschwistern im Alter von 5—15 Jahren mit, aus welcher hervorgeht, dafs die Nasenschleimhaut wohl als Prädilektionsstelle der Leprabazillen, nicht immer jedoch als Sitz des Primäraffektes der Lepra angesehen werden müsse. Obgleich bei dreien jener fünf Geschwister die Lepra vor den Augen des Verfassers sich entwickelte, waren vor dem Auftreten der Hautveränderungen keine Affektion der Nase und auch keine Leprabazillen im Nasensekret festzustellen. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Einige Bemerkungen über die heutige Therapie der Lepra, von Serra. (*Giorn. intern. delle Sciense med.* 1905. Nr. 5.) Die Untersuchungen des Verfassers führen ihn zu folgenden Resultaten: Die Quecksilberbehandlung (durch Punktionen) hat einige günstige Erfolge bei der Leprabehandlung zu verzeichnen, indem sie von den Patienten besser vertragen wird als das Sublimat und das Kalomel und auch wirksamer ist. Das Natron-Kakodylat bessert den Allgemeinzustand der Patienten, indem es eine Gewichtszunahme, eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins bedingt und den Organismus gegen die Fortschritte der Affektion widerstandsfähiger macht. Am besten wirkt aber das Chaulmoograöl (subcutan oder per os), indem es die Vernarbung der leprösen Ulcerationen begünstigt, in den Lepromen und den anderen leprösen Infiltraten derartige Veränderungen verursacht, dafs ihre Resorption leichter zustande kommt, den Allgemeinzustand der Patienten hebt und eine höhere spezifische Wirkung auf die Leprabazillen ausübt als die anderen bisher angewandten Heilmittel. Von den Patienten, die nicht an Verdauungsstörungen leiden, wird es gut vertragen, besonders wenn es mit heifser Milch bei Milchdiät verabreicht wird. Mehrere Krankengeschichten illustrieren den obigen Befund.

C. Müller-Genf.

b. *Tuberkulose.*

Behandlung chirurgischer Tuberkulosen durch Freilegung und mit örtlicher Tuberkulinanwendung, von Rud. Oehler-Frankfurt a. M. (*Allg. med. Centralztg.* 1904. Nr. 10.) Das alte Tuberkulin Kochs vom Jahre 1890 zeigte bei den Oehlerschen Versuchen an offenen chirurgischen Tuberkulosen eine ganz interessante Reaktion. Das Tuberkulin wirkt auf die tuberkulösen Granulationen ähnlich wie ein Ätzmittel, z. B. wie Ätznatrium. Zunächst ist Schwellung und Rötung der Umgebung auffallend, dann vom 5.—10. Tage besteht eine harte ödematöse Infiltration. Diese geht über in narbige Schrumpfung, Verkleinerung und teilweise Überhäutung der Geschwürsfläche. Fieber tritt bei offenen Tuberkulosen überhaupt nicht auf. Aber bei halboffenen Tuberkulosen kann es leicht zu schmerz- und fieberhafter Reaktion kommen, daher eignet sich das Tuberkulin als Ätzmittel, wie die Überschrift schon sagt, nur bei offenen Tuberkulosen. Aber hier ist das Tuberkulin „ein ideales Ätzmittel", da es elektiv nur auf das tuberkulöse Gewebe wirkt, also nur die kranken Teile angreift und nicht schmerzt. Die Tuberkelbazillen werden zwar nicht abgetötet, aber gleichwohl ist das Tuberkulin „ein wertvolles Adjuvans in der Behandlung aufdeckbarer und offener Tuberkulosen". Bei dem langsamen Verlauf der Reaktion ist eine Wiederholung der Tuberkulinätzung erst nach drei- bis vierwöchentlicher Pause angebracht. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über das tuberkulöse Geschwür der Zunge, von August Gross. (Inaug.-Diss. Giefsen 1904.) Kasuistische Arbeit ohne besonderes Interesse.

Fritz Loeb-München.

Über frühzeitig und schnell auftretende Venenentzündung bei Tuberkulose, von Paul Halbron. (*La Presse méd.* 1905. Nr. 22.) Bericht über einen typischen Fall von Phlebitis precox bei einem jungen Mädchen. Die Erscheinung

ging schnell zurück, wie meistens in ähnlichen Fällen, und übte keinen nachteiligen Einfluſs auf die Lungentuberkulose aus. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Tendovaginitis und Tuberkulose der Haut, von Foà. (*Archivio per le Scienze med.* 1904. Bd. XXVIII.) Bei einer an Apoplexie verstorbenen Patientin fand man bei vollständiger Unversehrtheit der inneren Organe (auſser dem Blutergusse im Gehirne) eine hochgradige Schwellung der einen Hand, herrührend von einer tuberkulösen Tendovaginitis der Palmargegend und streifenförmige Narben, die sich über den ganzen Arm, einen Teil des Halses und der Brust ausdehnte. Die tuberkulöse Natur des Prozesses wurde durch den histologischen Befund bestätigt. Es handelte sich offenbar um einen sehr langsam verlaufenen lupoiden Prozeſs, der von der Haut ausgegangen war und sich an einer Stelle nach der Tiefe auf die Sehnenscheiden verbreitet hatte. Verfasser verweist bei dieser Gelegenheit auf die Fälle von lokaler Tuberkulose der Haut bei Wäscherinnen, die sich mit tuberkulösen Patienten angehörenden Wäscheartikeln, besonders Nastüchern, infizieren, ohne daſs sich bei ihnen der Prozeſs auf die inneren Organe ausdehnt, sei es, daſs die invadierten Bazillen nicht zahlreich gewesen, oder daſs ihre Virulenz vermindert war, oder daſs die Resistenzfähigkeit der Haut der Infektion gegenüber genügend ausgesprochen war. *C. Müller-Genf.*

Lupus erythematosus und das papulo-nekrotische Tuberkulid, von Josef Strasser-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 61.) St. kommt auf Grund einer Reihe fremder und dreier eigener Beobachtungen, in denen Lupus erythematosus und papulo-nekrotisches Tuberkulid gleichzeitig festgestellt wurden, zu der Ansicht, daſs auch der Lupus erythematosus im ätiologischen Zusammenhang zur Tuberkulose stehe. In 24 von 32 Fällen konnte teils an Individuen selbst, teils anamnestisch Tuberkulose sicher bei den Eltern festgestellt werden. Von der Tuberkulinreaktion war allerdings einerseits aus äuſseren Gründen, andererseits aber deshalb abgesehen worden, weil nach St.s Meinung bei der groſsen graduellen Schwankung der Tuberkulinwirkung auch bei ausgesprochenen Fällen dieser Reaktion nicht die Bedeutung zukommt, die ihr andere Autoren zumessen (? Ref.). Es erscheint dem Verfasser auch heute der vorsichtige Standpunkt von Jarisch am meisten annehmbar, der zwar von einer wie immer gearteten ätiologischen Beziehung zur Kochschen Krankheit überzeugt ist, aber auf eine strenge Formulierung verzichtet. *Putzler-Dansig.*

Zur Kenntnis des Skrophuloderma, von Oskar Salomon. (Inaug.-Diss. Kiel 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Skrophulöse Beingeschwüre (Bazinsche Krankheit) und deren erfolgreiche Behandlung mittels hochfrequenter Ströme, von W. F. Somerville - Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 4. Febr. 1905.) Bei einem 16jährigen Mädchen, welches offenbar bereits im elften Lebensjahre ähnliche Ulcerationen dargeboten hatte, fand S. an dem linken Unterschenkel sieben Geschwüre in der Gröſse eines Pfennig- bis Zweimarkstückes, welche seit etwa einem halben Jahre trotz geeigneter Behandlung fortbestanden hatten. Es wurden im Verlaufe von elf Wochen 41 Applikationen gegeben und vollständige Heilung erzielt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Lupus vulgaris unter dem Bilde des Lupus erythematosus, von R. Thoma. (Inaug.-Dissert. München 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Einiges über die Lupustherapie der Zukunft und der Vergangenheit, von P. G. Unna-Hamburg. (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. 1.) Wie zumeist, so auch hier. Neue Methoden werfen sich auf das vielumstrittene Gebiet der Lupustherapie und machen glauben, die besten Erfolge gezeitigt zu haben, und — wenn man den Erfolg näher ins Auge faſst, so sind es Fälle gewesen, die schon von vornherein nicht schlechte Chancen boten; kein Wunder also, wenn dort die Röntgen- und hier die Finsenstrahlen

den Rang den bisherigen Mitteln abzulaufen schienen. Aber es waren eben keine ungünstigen Stellen, es war kein Schleimhautlupus, die Nasenschleimhaut speziell war verschont geblieben, der Lupus ging nicht über grofse Hautstrecken, oder schliefslich es war kein Lupus multiplex. Also bei günstigen Fällen kann man schlechterdings bei der nunmehr so grofsen Auswahl der Behandlungsmittel den subjektiven Verhältnissen und Wünschen, den Neigungen des Arztes und den gegebenen äufseren Gelegenheiten genügend Rechnung tragen. Anders die ungünstigen Fälle! Hier sind wir noch nicht viel weiter als früher; nur in der Auffassung der Wirkung chemischer Mittel sind wir ein Stück weiter, und Unna ist in der Lage, uns einige diesbezügliche interessante Aufschlüsse zu geben. Unna geht aus von der altbekannten Chlorzinkpaste und von den eigens angewandten Chlorätzmitteln. Zu seiner Lupusbehandlungsmethode, der sogenannten Spickmethode mit imprägnierten Hölzchen (1888), gebrauchte Unna erst mit gutem Erfolge das Sublimat, und zwar folgende Lösung:

Sublimat	1,0
Karbolsäure oder *Kreosot*	4,0
Spiritus	20,0

Später ging Unna aber auf die Chlormittel über, und er räumte besonders dem Liquor stibii chlorati eine gewisse Überlegenheit vor allen bisherigen Chlormitteln und vor Sublimat ein. Die Wirkung wurde in der Hauptsache auf Chlorwirkung bezogen, jedoch durch eigene weitere Untersuchungen, namentlich an Leprabazillenmaterial, wurde Unna auf eine andere Erklärungsweise gebracht. Die zum Ätzen von Lepromen benutzten Säuren, gewöhnliche und rauchende Salpetersäure, Schwefelsäure, konzentrierte Essigsäure und Salicylsäure, hatten auf die Bazillen keinen Einfluſs, in den Salzsäureschörfen aber waren die Leprabazillen abgetötet.

„Dieser experimentell an den Leprabazillen nachgewiesene Effekt der Salzsäure kann wohl ohne weiteres auf die Tuberkelbazillen übertragen und zur Erklärung der klinischen Resultate der Salzsäureätzung benutzt werden. Sei es nun, daſs die Salzsäure in molekularem oder in atomistischem Sinne — als Chlorreservoir — wirkt, wir haben ihre tuberkelbazillentötende Wirkung, mit der sie unter den Säuren isoliert dasteht, anzuerkennen." *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über den Wert der Seroreaktion von Grüber beim Lupus, von Cipolla. (*Giorn. internas. delle Scienze med.* 1905. Nr. 2.) Nach den Untersuchungsresultaten des Verfassers besitzt das Blutserum der Lupuspatienten, wenn dieselbe überhaupt vorhanden, eine so geringe Agglutinationsfähigkeit, daſs dieselbe als diagnostisches Hilfsmittel nicht in Frage kommen kann. Auch steht dieselbe in keiner Beziehung zur Dauer und Ausbreitung der Affektion. *C. Müller-Genf.*

Lupusbehandlung in der Kieler chirurgischen Klinik, von Alfred Otto. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Die Lichtbehandlung des Lupus vulgaris, von P. Francois-Nottebohm. (*Annal. de la Société de Médecine d'Anvers.* Okt.-Dez. 1904.) Am meisten hat sich die Belichtung nach Finsen, Lortet und Genoud bewährt, und F. hat an 200 Fällen gleich gute Resultate erzielt, in der Hauptsache aber nur dann, wenn Ätzungen u. dergl. nicht vorausgegangen waren. In diesem Falle bildete die Lichtbehandlung das Gegenstück zur Exstirpation, letztere muſste stets erst bei dem Schleimhautlupus vorausgehen, ehe die Lichtbehandlung den Hautlupus angreifen konnte. Aber auch in zwei Fällen, wo vielfach Curettement und Ätzung vorausgegangen waren, hatte F. eine an die Vollständigkeit grenzende Abheilung mit der Finsen-Belichtung erzielt.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Zur Finsen-Behandlung des Lupus, von E. Lesser-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 4.) In der Sitzung vom 11. Januar 1905 der Berliner medizinischen Gesellschaft beleuchtet Lesser in objektiver Weise die Bedeutung der Finsen-Behandlung des Lupus. Er bespricht alle bisherigen Methoden: Ätzmittel, Brennen, scharfer Löffel, Thiersche Operation, Heifsluft- und Röntgen-Behandlung, und betont, dafs in therapeutischer Beziehung vielleicht manche dieser Methoden der Finsenschen gleichkomme, in kosmetischer aber keine dieselben glänzenden Resultate habe wie die mit Finsen-Licht. Ob die Erfolge dauernd seien, könne man noch nicht feststellen, da die Zeit, seitdem man dieses Verfahren anwende, noch zu kurz sei, um von absolut sicheren Dauerheilungen zu reden; jedoch verfügt man bereits über eine grofse Anzahl von Fällen, welche seit Jahren ohne Rezidive sind, so dafs man auch neben dem guten kosmetischen Affekt durchaus mit dem therapeutischen Resultat zufrieden sein kann.

In der Diskussion bemerkt Liebreich, dafs der Vortragende bei Erwähnung der Behandlungsmethoden des Lupus die von ihm stets benutzte Kantharidinanwendung nicht erwähnt habe. Liebreich bestreitet keineswegs die kosmetischen Erfolge der Finsen-Behandlung, aber an therapeutischer Bedeutung stehe sie weit hinter seiner Kantharidinmethode, deren Resultate er mitteilt. Er steht auf dem Standpunkte, dafs nicht eine Kur für alles mafsgebend ist, und dafs man je nach dem Vorliegenden die verschiedensten Heilmethoden in Anwendung bringen mufs.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Verbesserungen der Finsen-Reyn-Lampe nebst Bemerkungen über Lupusbehandlung, von Fr. Bering-Kiel. An der Kieler Universitätsklinik für Hautkrankheiten ist zur Behandlung des Lupus seit einiger Zeit eine von Reiniger, Gebbert und Schall hergestellte modifizierte Finsen-Reyn-Lampe im Gebrauch. Sie unterscheidet sich von der Original-Finsen-Reyn-Lampe in erster Linie dadurch, dafs an dem unteren Kohlehalter ein Gelenk angebracht, mittels dessen sich die Elektroden nach Belieben einstellen lassen. Unter den Elektroden befindet sich ein kleiner Teller, der die etwa abfallenden glühenden Kohleteilchen auffängt. Verändert ist aufserdem das Gestell, das einfacher und handlicher gestaltet ist; die Lampe läfst sich jetzt leicht um die eigene Achse drehen und besitzt eine Vorrichtung, durch welche sie schnell und ohne Erschütterung in jede beliebige Lage eingestellt werden kann. Auch in der Wasserleitung hat die Lampe eine Verbesserung erfahren. Der Gummiring, der früher bei der Lampe von Reiniger, Gebbert und Schall die Wirkung des Magneten vermittels einer runden Scheibe auf die Elektroden übertrug, ist jetzt durch einen einfachen Lederstreifen ersetzt; dieser dehnt sich nicht wie der Gummiring aus und ermöglicht es, dafs die Lampe länger brennen kann als die Kopenhagener, ohne dafs die Elektroden genähert werden.

Die Grundsätze, die an der Kieler Klinik für die Lupusbehandlung gelten, sind folgende: Wo es nicht auf die Bildung schöner, glatter Narben ankommt wird exkochleiert, etwaige Rezidive in der Narbe werden bestrahlt. Fälle von hypertrophischem Lupus werden mit 10%iger Pyrogallussalbe vorbehandelt; es sind dann viel weniger Bestrahlungen nötig, und die Narben sind ebenso schön, wie wenn nur bestrahlt wird. In anderen Fällen werden die Herde zur Vorbehandlung mit Chloräthyl zwei bis drei Minuten lang vereist: der Schorf, der sich bildet, wird nach einigen Tagen abgezogen und die ganze Prozedur so oft wiederholt, bis nur noch in der Tiefe Knötchen vorhanden sind, die dann dem Finsen-Licht ausgesetzt werden. Diese einfache, empfehlenswerte Methode gibt schöne, glatte Narben. Jede Bestrahlung dauert $^5/_4$ Stunden; sie wird erst wiederholt, wenn die Reaktion zur Abheilung gekommen ist. Die Drucklinsen werden nicht gehalten, sondern aufgebunden.

Die Tripletlampe, die früher an der Kieler Klinik zur Lupusbehandlung gebraucht wurde, wird jetzt nach KROMAYERS Angaben mit kaltem Eisenlicht zur Behandlung der Alopecia areata verwendet, und zwar mit teilweise überraschenden Resultaten.

Götz-München.

c. *Syphilis.*

Statistische Untersuchungen der pathologisch-anatomischen Luesbefunde am Berliner städtischen Krankenhause am Urban, von FELIX ROSENBERGER. (Inaug.-Dissert. Freiburg 1904.) Die vorliegende Zusammenstellung pathologisch-anatomischer Luesbefunde wurde gewonnen aus einem Material von rund 9050 Sektionen, die in der Zeit von April 1894 bis September 1903 am Berliner städtischen Krankenhause „am Urban" unter der Leitung von Prof. BENDA vorgenommen wurden. Unter dieser Zahl waren 153 Fälle mit sicherer Lues (131 akquiriert, 22 hereditär) (= 1,69% aller sezierten Fälle) und 161 Fälle, die den Verdacht auf Lues erweckten (= 1,78% der sezierten Fälle). Aus diesen Zahlen geht hervor: 1. daſs sehr wahrscheinlich eine beträchtliche Anzahl syphilitischer Infektion ohne dauernd nachweisbare anatomische Spuren ausheilt, und 2. daſs die Diagnose einer Lues auch dann, wenn sie anatomische Residuen hinterläſst, durchaus nicht immer mit absoluter Sicherheit aus den Sektionsbefunden gestellt werden kann. Die anatomische Diagnose ist eben nur insoweit sicher, als sie sich streng darauf beschränkt, anatomische Abweichungen von der normalen Struktur als solche zu charakterisieren. Sie verliert fast immer an Gewiſsheit, sobald sie aus dem gegebenen Bilde einen Rückschluſs zieht auf die ursächlichen Faktoren. Am häufigsten unter den floriden Bildungen sind die Gummen, die selten allein, meist neben gummösen Narben und sonstigen Residuen syphilitischer Produkte sich finden. Sie wurden 56 mal mit Sicherheit diagnostiziert (d. h. in 36,6% der sicheren Luesfälle, in 0,62% aller sezierten Fälle), 9 mal blieb die syphilitische Natur der Gebilde im Zweifel. Viel seltener findet sich eine floride Lues im Frühstadium. Solche Fälle von frischer Lues in früheren Stadien weist das Material des Verfassers nur drei auf (= ca. 2% der sicheren Luesfälle), darunter sind zwei Fälle mit frischen sekundären Exanthemen. In keinem Falle konnte mit völliger Sicherheit die Spur einer Initialsklerose festgestellt werden. Weitaus am häufigsten beherrschten Residuen tertiärer Prozesse das Bild. Es handelt sich hier besonders um gummöse Narben, seltener um diffusere Veränderungen, die den Cirrhosen am nächsten stehen und auch geradezu als syphilitische Cirrhosen bezeichnet werden. Der häufigste Prozeſs dieser Natur ist die Hodencirrhose.

Über die Lebensdauer in den 131 sicheren Fällen von Lues acquisita geben folgende Zahlen Auskunft. Es starben im Alter von:

	15—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	80—90
	1	12	26	37	32	14	8	1
%	0,76	0,16	19,85	28,24	24,43	10,69	6,11	0,76

Auf gleiche Verhältnisse reduziert, d. h. unter Ausschluſs der auf die ersten 15 Lebensjahre entfallenden Mortalitätszahlen lauten die entsprechenden Prozentzahlen der allgemeinen Mortalität in Preuſsen von 1896:

	15—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	über 80
%	3,9	8,9	10,4	11,5	15,2	19,8	21,8	8,5

Es betragen die Differenzen dieser Reihen in dem Alter von:

	15—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	über 80
%	÷ 3,1	+ 1,7	+ 9,45	+ 16,74	+ 9,23	÷ 9,11	÷ 15,69	÷ 7,74

Wenn auch bei einem solchen Vergleich diese Zahlen noch zu klein sind, um Zufälligkeiten ganz ausschliefsen zu können, so darf doch nach der Meinung des Verfassers das Resultat im grofsen und ganzen als der allgemeinen Wirklichkeit entsprechend betrachtet werden. Die Sterblichkeit infolge einer bei der Sektion noch nachweisbaren erworbenen syphilitischen Infektion bleibt hinter der allgemeinen zurück in der Zeit zwischen dem 15.—20. Lebensjahr, überholt sie im dritten Decennium, die Differenz wächst noch im vierten um ein Bedeutendes, um im fünften ihren Gipfel zu erreichen. Noch im sechsten Jahrzehnt ist sie stark, fast so stark wie im vierten; im siebenten und achten sinkt sie zu negativen Werten herab, weil in dieser Zeit das Material dieser Syphilitischen zum gröfsten Teil schon verbraucht ist.

Von Interesse sind die Untersuchungen über die Todesursachen dieser sicheren akquiriert syphilitischen Fälle.

Am häufigsten war der Zirkulationsapparat der Sitz der zum Tode führenden Erkrankung, nämlich 38 mal (d. h. in 28,6 % der Fälle). Und zwar lag vor:

Erkrankungen des Herzens	11 mal	= 9,91 %	darunter
Herzsyphilis	3 „	= 2,25 %	
Endocarditis ulcerosa	2 „	= 1,5 %	
„ non ulcerosa	5 „	= 3,81 %	
Herzlähmung bei Atherom	9 „	= 6,76 %	
Aneurysmen	4 „	= 3,01 %	
Venenthrombosen	3 „	= 2,25 %	
Apoplexia cerebri	13 „	= 9,79 %	
Hirnerkrankung	23 „	= 12,69 %	
Rückenmarkserkrankung	5 „	= 3,81 %	
Perniciöse Anämie	3 „	= 2,25 %	
Akute Leukämie	1 „	= 7,5 %	
Erkrankungen der Respirationsorgane	24 „	= 18,05 %	(16 mal
		= 12,03 %	Phthise)
Schrumpfniere	18 „	= 15,53 %	
Leberschrumpfung	10 „	= 7,57 %	
Schwere Veränderungen der unteren Darmabschnitte	10 „	= 7,27 %	
Amyloide Degenerationszustände	5 „	= 3,81 %	
Sepsis	4 „	= 3,01 %	
Peritonitis	13 „	= 9,77 %	
Maligne Tumoren	10 „	= 7,57 %	usw.

Von diesen Todesfällen kommen auf direkte Rechnung der Lues:

8 Fälle mit Hirngummen,
2 „ „ Myelitis transversa nach Leptomeningitis cicatricans (luetica),
3 „ „ Herzlues,
3 „ „ luetischen Veränderungen an den oberen Luftwegen,
4 „ „ (syphilitischem) Hepar lobatum,
10 „ „ syphilitischen Veränderungen an den unteren Darmabschnitten.

In Summa: 30 Fälle (= 22,55 %).

Die interessante Arbeit, die hiermit noch nicht erschöpfend referiert ist, verdient ein Studium im Original. *Fritz Loeb-München.*

Syphilitisches Fieber, von Ceconi. (*Riv. critica di Clin. med.* 1905. Nr. 12.) Den vier vom Verfasser beschriebenen Fällen zufolge, können Fieberanfälle von verschiedenem Typus die Manifestationen der tertiären Syphilis begleiten und selbst als einziges Symptom der letzteren bestehen. Diese letztere Möglichkeit mufs stets im Auge behalten werden, wenn man mit Fällen von Temperatursteigerungen zu tun hat, für die man eine Ursache nicht ausfindig machen kann. Der Erfolg der spezifischen Therapie wird hier den Ausschlag geben. *C. Müller-Genf.*

Über experimentelle Syphilis beim Affen, von Rudolf Kraus-Wien. (*Med. Blätter.* 1905. Nr. 8.) K. hat anfangs mit Macacus sinicus, cynomolgus und rhesus gearbeitet und ist dabei zum selben Resultat gekommen wie Metschnikoff und Roux. Er konnte nämlich bei sechs Macacus nach Skarifikation des oberen Augenlids und Einbringung von Virus direkt vom menschlichen Primäraffekt her nach 20—27 Tagen Primäraffekt erzeugen. Dagegen konnten weder Lymphdrüsenschwellungen noch sekundäre Erscheinungen auf der Haut wahrgenommen werden. Ebensowenig liefsen sich bei Affen, die verschiedene Zeit nach der Impfung eingingen, irgendwelche Veränderungen in den inneren Organen, die auf allgemeine Syphilis schliessen liefsen, nachweisen. Beweisend nach K., dafs es um wirkliche Sklerosen handelt, ist einmal das Inkubationsstadium, dann aber auch die Übertragbarkeit der Affensklerose auf andere Affen, denn es tritt durch Übertragung der Affensklerose auf gesunde Macacus nach einem Inkubationsstadium von 18 bis 20 Tagen wieder das typische Bild der Affensklerose auf; auch scheint das Gift durch weitere Passagen noch mehr abgeschwächt zu werden. Ferner kann man als Argument die Unempfänglichkeit der einmal infizierten Affen anführen; es konnte nämlich nachgewiesen werden, dafs eine zweite Impfung bei Macacus, die bereits Primäraffekt hatten, resultatlos bleibt. Auch bei einem Pavian gelang es K., einen Primäraffekt zu erzeugen, derselbe trat früher auf als bei den Macacus und zeigte Tendenz zum Zerfall. Sekundärerscheinungen liefsen sich wegen der Kürze der Zeit nicht nachweisen. *Putzler-Danzig.*

Histologisches über Pseudoleukämie, Lymphosarkome und Syphilome, von Albert Salomon. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1905.) Im beschriebenen Fall ist die Annahme berechtigt, dafs zwar die Lues bei dem gesamten Erkrankungskomplexe eine einleitende Rolle gespielt hat, und nachdem gründliche antisyphilitische Kuren die flagranten, echt syphilitischen Symptome beseitigt, nun eine gewisse Irritabilität der Gewebe, speziell des gesamten lymphatischen Apparates zurückgeblieben ist, die zu entzündlichen und Neubildungsprozessen geführt hat. *Fritz Loeb-München.*

Über Spirochaetenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer, von Fritz Schaudinn und Erich Hoffmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 18.) In den „Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamt" erschien kürzlich ein „vorläufiger Bericht" der Verfasser, in welchem mitgeteilt wurde, dafs sowohl an der Oberfläche syphilitischer Papeln und Primäraffekte als auch in der Tiefe ihres Gewebes und in den spezifisch erkrankten Leistendrüsen echte Spirochaeten in frischen und gefärbten

Präparaten nachweisbar sind. Es lassen sich, wie weiter bemerkt wurde, wahrscheinlich zwei Arten unterscheiden, eine gröbere, dunkelfärbbare und eine weit zartere, äußerst schwierig zu färbende, die als Spirochaeta refringens und Spirochaeta pallida bezeichnet wurden; nur die letztere konnte im Innern syphilitischer Krankheitsprodukte gefunden werden. — Bei Fortsetzung ihrer Untersuchungen sind die Verfasser immer mehr zu der Überzeugung gekommen, daß es sich in der Tat um zwei verschiedene Arten handelt und daß die blasse Form, wie es scheint, regelmäßig in syphilitischen Primäraffekten, Genitalpapeln und indolenten Leistendrüsen vorkommt. Sie wurde in acht Fällen unzweifelhafter Syphilis teils in Ausstrich der exstirpierten Leistendrüsen, teils in dem durch Punktion gewonnenen Drüsensaft nachgewiesen. Unter diesen Fällen waren sechs ganz frische noch ohne Sekundärerscheinungen, zwei etwas ältere mit Sekundärerscheinungen. — Die Spirochaeta pallida ist ein äußerst zartes, im Leben sehr schwach lichtbrechendes, lebhaft bewegliches und daher schwer wahrnehmbares, spiralig gewundenes, lang fadenförmiges, an den Enden zugespitztes Gebilde. Die Länge schwankt zwischen 4 und 14 μ, die Breite beträgt höchstens $^1/_4$ μ. Die Zahl der Windungen wechselt zwischen 6 und 14, sie sind sehr eng und steil, korkzieherartig, während sie bei der Spirochaeta refringens weniger zahlreich und flach, weit, wellenartig sind. Eine Färbung der Spirochaeta pallida ist bisher nur mit der Giemsaschen Eosin-Azurmischung gelungen. — Ein bestimmtes Urteil über die ätiologische Bedeutung dieser Spirillen wollen die Verfasser noch nicht aussprechen.

A. Loewald-Kolmar.

Spirochaeten bei Syphilis, von Sabolotni. (*Russki Wratsch.* 1905. Nr. 23.)

Über die von Schaudinn und Hoffmann bei Syphilis gefundene Spirochaeta pallida, von Tschlenow. (*Russki Wratsch.* 1905. Nr. 24.) Die interessanten Befunde von Schaudinn und Hoffmann bei Syphilis sind von Sabolotni in Petersburg und Tschlenow in Moskau nachgeprüft und vollauf bestätigt worden. Ersterer hat in 19, jedoch nicht in allen von ihm untersuchten Fällen von Syphilis Spirochaeten beim Menschen und einmal bei einem Pavian gefunden, wobei es sich meist um Spirochaeta pallida handelte.

Letzterer hat in 14 Fällen von hartem Schanker und nässenden Papeln die Spirochaeta pallida immer, unter drei Fällen von Bubonen einmal gefunden. Kontrolluntersuchungen bei Ulcus molle und Smegma ergaben keine Spirochaeten.

Beide Autoren bedienten sich der Giemsaschen Lösung, ersterer nach einer Vorbehandlung mit 5 %iger Karbolsäure, wodurch es genügt, eine $^1/_4$ Stunde unter Erwärmung mit Giemsa zu färben. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über protozoenartige Zellen in der Niere eines syphilitischen Neugeborenen und in der Parotis von Kindern, von Ribbert-Göttingen. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1904. Nr. 23.) R. fand in der Niere eines syphilitischen und der Parotis zweier nichtsyphilitischer Kinder protozoenartige Gebilde, wie sie von Jesionek und Kiolemenoglou in den Nieren, Lungen und in der Leber zuerst gefunden und beschrieben wurden. In der Niere fanden sich diese ungewöhnlich großen Zellen in großen Mengen, haufenweise im Lumen fast aller gewundenen Harnkanälchen, niemals außerhalb derselben, im Bindegewebe oder in geraden Kanälen oder Glomerulis. Sie füllten das Lumen aus, erweiterten es und hatten das Epithel platt nach außen verdrängt. Seine Kerne bildeten im Querschnitt der Kanäle einen meist vollständigen Ring um die Zellhaufen oder begleiteten die Zellstränge beiderseits, wenn die Tubuli der Länge nach getroffen waren. Dieselben Zellen fanden sich in den Gängen der Parotis bei einem einjährigen Kinde, die ein mehrschichtiges, kubisches Epithel aufwiesen, noch viel ausgedehnter aber in sonst intakten Gängen. Hier lagen sie teils einzeln, näher zusammen oder weiter auseinander, teils, aber seltener, gruppenweise.

Einzelne Läppchen sind reichlich, andere gar nicht mit ihnen versehen. In den Alveolen und im Bindegewebe fehlen sie ganz. Sie grenzten lediglich an das Epithel an oder drängten sich hinein, oder buchteten es ein, manchmal so weit, daſs sie bis in das Bindegewebe reichten. Auch in der Parotis des dritten, dreimonatlichen Kindes fanden sich diese Zellen, aber noch zahlreicher als in der Parotis des vorigen. Sie waren ausschlieſslich in das Lumen der Gänge eingelagert, füllten manche auf kürzere oder längere Strecken völlig aus, traten an anderen Stellen aber vereinzelt auf. Die Zellen selbst besitzen einen runden oder ovalen homogenen Kern mit einem relativ umfangreichen, ebenfalls homogenen, aber nicht in allen Fällen sichtbaren Kernkörper. Gegen das Protoplasma ist der Kern durch eine helle Zone begrenzt, der den Eindruck erweckt, als habe sich die Kernsubstanz von der Kernmembran etwas zurückgezogen. Der Zellleib erscheint bald mehr gleichmäſsig fein granuliert, bald mit kleinen Vakuolen durchsetzt. Er besitzt nirgends eine eigene Membran. In allen drei Fällen handelt es sich fraglos um dieselben Gebilde. Sie treten als etwas Besonderes auf, als Elemente, die unter den bekannten normalen oder pathologischen Zellen kein Analogon finden. Sie zeigen auch zu den anstoſsenden Epithelien oder anderen Zellen keine Übergänge oder sonstige genetische Beziehungen, so daſs sie weder durch Vergröſserung noch durch sonstige Metamorphose aus ihnen hervorgegangen zu sein scheinen. Die Kerne unterscheiden sich deutlich von allen anderen, sie sind homogen und matt gefärbt. Auch das Protoplasma verhält sich eigenartig, zumal da, wo es mit den reichlichen Körnern versehen ist. Ferner spricht die Lagerung im Lumen der Kanäle gegen die Abstammung von irgendwelchen Körperzellen. Nur die Lokalisation in der Niere, und zwar in den gewundenen Kanälen derselben, lieſse die Möglichkeit zu, als seien sie aus ihren Bestandteilen abzuleiten, ein Vorgang, der bisher unbekannt wäre. Nach Ansicht der Zoologen spricht kein morphologisches Kriterium unbedingt für, aber auch keines dagegen, daſs es sich hier um Protozoen handelt. Doch ist es wahrscheinlich, daſs es sich um Amöben oder Sporozoen handelt, einmal weil der Kern sich ganz anders gefärbt hat als in den Körperzellen, besonders aber weil die Gebilde sich offenbar wie Sporozoen zwischen die Epithelien schieben und sie beiseite drängen. Ob diese Zellen irgendeinen Zusammenhang mit Syphilis haben, bleibt nach wie vor zweifelhaft, und es ist daher bisher unmöglich, über die Bedeutung dieser Zellen etwas Bestimmtes zu sagen. *Putzler-Danzig.*

Zur Kenntnis der hämorrhagischen Hautsyphilide, von Sigismund Kaiser. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Viele hämorrhagische Hautsyphilide stellen komplizierte Krankheitsformen dar, in denen a priori vorhandene Gefäſserkrankungen oder Krankheiten, die das Allgemeinbefinden stark alterieren, durch die luetischen Veränderungen potenziert werden; auf diese Weise nehmen die spezifischen Exantheme hämorrhagischen Charakter an. Kombinationen von Syphilis mit anderweitigen hämorrhagisch-exanthematischen Leiden kommen vor und können am gleichen Orte sich äuſsern. Es entstehen auf diese Weise hämorrhagische Exanthemformen, deren Charakter nur durch die mikroskopische Untersuchung im einzelnen aufgeklärt werden kann. Als eigentliche hämorrhagische Syphilide sind nur jene Fälle anzusprechen, in denen bei einem bis dahin gesunden Individuum ein hämorrhagisches Exanthem, das im übrigen alle Eigentümlichkeiten eines Syphilids an sich trägt, zur Entwicklung kommt. Auch jene Fälle gehören wohl noch hierher, in denen eine durch die luetische Erkrankung bedingte Kachexie den Grund für das Auftreten des hämorrhagischen Syphilids darbietet. *Fritz Loeb-München.*

Untersuchungen über die Lebensdauer bei erworbener Syphilis, von Heinrich Knabe. (Inaug.-Dissert. Jena 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Kasuistik und Statistik der extragenitalen, syphilitischen Primäraffekte, von KURT FRIEDMANN. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1902.)

Fritz Loeb-München.

Demonstration von Präparaten eines Falles von Syphilis maligna, von A. BUSCHKE-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 10.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 23. Februar 1905 zeigte B. die Präparate von der Sektion eines Patienten mit Syphilis maligna, jener Form der Lues, bei welcher bereits im Sekundärstadium Ulcerationen auftreten. Patient vertrug die spezifische Behandlung nur anfangs. Der weiche Gaumen, die vorderen und hinteren Gaumenbögen fehlen, die hintere Pharynxwand ist ulcerös zerfallen, die Epiglottis ist zerstört, das hintere Zungendrittel ulceriert, Stimmbänder und Larynxschleimhaut sind zerstört. Im Anfangsteil der Trachea findet man gummöse Ulcerationen, ebenso im Ösophagus. Im Halsmark fand sich eine geringe Meningitis. Die Milz ist stark infiziert und vergrößert, ebenso läßt sich in Milz und Leber eine starke, interstitielle diffuse Entzündung nachweisen. Ferner fand sich diffuse und gummöse Orchitis, Gummata in der rechten Ulna und Narben auf der Außenseite des Schädeldaches.

Bernhard Schulze-Kiel.

Syphilom des Ciliarkörpers, von HERMANN KNAPP-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 14. Jan. 1905.) Das Gumma des Ciliarkörpers ist meist solitär; mehr als zwei in einem Auge sind nie beobachtet. Gewöhnlich beginnt es in dem gefalteten Teil, der Corona ciliaris, als Knötchen, das unter entzündlichen Erscheinungen nach allen Richtungen wächst, am häufigsten in und durch die Sclera, in die vordere Kammer und in den Glaskörper. In der großen Mehrzahl der Fälle besteht nebenbei Iritis. Die Prognose ist nicht durchaus hoffnungslos, auch selbst wenn die Sehschärfe bis zur bloßen Lichtwahrnehmung herabgesetzt und der intraokuläre Druck erheblich reduziert ist. Quecksilberbehandlung ist wirksamer als die mit Jodkalium. — Verfasser berichtet über mehrere Fälle. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Keratitis parenchymatosa bei akquirierter Lues, von ARTHUR WANDEL. (Inaug.-Dissert. Breslau 1903.) Die Kenntnis der Keratitis parenchymatosa bei erworbener Lues reicht bis ins Jahr 1872, in welchem FOURNIER als erster einen derartigen Fall veröffentlichte. Er unterscheidet zwei Formen, einmal die diffuse Keratitis, bei der Infiltration mit umgebender diffuser Trübung beobachtet wird, und zweitens die punktierte Keratitis, bei welcher die Trübungen aus sehr kleinen, grauen, haufenweise zusammenliegenden Pünktchen bestehen. Schon MAUTHNER hat diese zweite Form eingehend beschrieben. Er fand diese überaus seltene Erkrankung in Fällen, in welchen allgemeine Syphilis nachweisbar war, und vermutete dem klinischen Verlauf nach in den kleinen punktförmigen Einlagerungen in das Gewebe gummöse Zellanhäufungen. Verfasser gibt auszugsweise die Krankengeschichten von 45 Fällen aus der Literatur und von einem eigenen Fall, um im Anschluß daran sich über das klinische Bild und die Prognose der Affektion zu äußern. Die Beteiligung der Geschlechter ist annähernd gleich (21 Männer zu 25 Frauen). Meist wurde das Auftreten einseitig beobachtet, oder das zweite Auge erkrankte erst eine bestimmte Zeit nach dem ersten. Doppelseitige Erkrankungen wurden nur selten gesehen und dann auf die Virulenz des Syphiliserregers zurückgeführt. „Eine genaue Klärung in der Frage der Entstehung der Keratitis parenchymatosa wird sich wohl erst ergeben, wenn der Syphiliserreger bekannt geworden ist." *Fritz Loeb-München.*

Die Augenerscheinungen bei der hereditären Lues, von TERRIEU. (*Gazette des Hôpit.* 1905. Nr. 126.) Als solche sind besonders beobachtet worden: Iritiden und Iridocyklitiden, die aber auch bei der akquirierten Syphilis angetroffen werden; leichtere und schwerere Formen von Retino-Choroiditis, eventuell mit Ausgang in Retinitis

pigmentosa; Neuritis optica und Veränderungen der Gefäfse des Augenhintergrundes, Kolobom, Mikro- und Bufthalmie, Glaucoma infantile, kongenitale Katarakt, Nystagmus, Strabismus. Zu den häufigsten Spätformen der hereditären Augenlues gehört die interstitielle Keratitis, die in mehr als der Hälfte der Fälle einen spezifischen Ursprung hat. Ferner sind hierzu zu rechnen die Keratomalacie, die aber bei allen anderen debilitierenden Allgemeinkrankheiten auftreten kann. *C. Müller-Genf.*

Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Bauchgeschwülste, von König-Berlin-Jena. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 6.) In den drei beschriebenen Fällen handelte es sich um Menschen, welche an schmerzhaften Zufällen in der Lebergegend bald längere, bald kürzere Zeit litten. Dabei fehlten eigentlich funktionelle Störungen der Leber, während Appetitmangel und Abnahme des Körpergewichts bestanden. Die bestimmte Lokalisation der schmerzhaften Gefühle leitete bei der Untersuchung zum Erkennen von Geschwülsten, welche als Sitz der Krankheit bezeichnet wurden. Das eine Mal wurde ein gröfserer, beweglicher, rechtseitig unter der Leber, aber anscheinend mit ihr zusammenhängender, sich nach hinten, der Nierengegend erstreckender Tumor nachgewiesen, von dem es zweifelhaft blieb, ob er der Leber oder der Niere angehörte. Die Laparotomie wies nach: Der Tumor wurde durch eine gelappte Partie der Leber gemacht, welche ebenso wie auch die übrige Leber mit kleinen und grofsen runden, prominenten, auf der Oberfläche grauweifsen, zum Teil in der Mitte strahlig eingezogenen Herden besetzt war. Da Leber und Magen hart verwachsen waren, so nahm man an, dafs ein Carcinom des Magens als Primärherd der multipel metastatischen Lebercarcinose angesehen werden müsse. Der Bauch wurde geschlossen, und Jodkalium nebst Schmierkur vertrieben die angenommene Carcinose. Die Kranke wurde und blieb bis jetzt gesund. Sicherer Nachweis über vorhergegangene Syphilis liefs sich nicht erbringen. Ähnlich lag es bei den beiden anderen Fällen, wo beim dritten sich die Geschwulst als gummös entpuppte. Es handelte sich also bei allen dreien um schmerzhafte Geschwulstbildungen in der Substanz der Leber, welche durch Syphilis hervorgerufen wurde. Diese Art Geschwülste stellen sich dar als bewegliche, bald sicher der Leber angehörige, bald mehr den Eindruck von Gallenblasengeschwulst oder mobiler Niere machende Neubildungen, die Gummata liegen im Lebergewebe, selbst die Leber vergröfsernd; die luetischen Geschwülste der Leber können sich nach K.s Beobachtungen darstellen: 1. als flächenhaft in der Substanz der Leber gelegene, meist harte, in der Regel ungleiche Schwellungen, welche innerhalb der Perkussionsgrenzen der Leber liegen, 2. als anscheinend von der Leber getrennte, öfter sehr bewegliche, knollige, meist rundliche, nierenförmige Geschwülste, welche mit der Leber gestielt zusammenhängen, einen Teil derselben, zuweilen einen recht grofsen, darstellen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Ätiologie der Lebercirrhose, von Heinrich Danne. (Inaug.-Dissert. Bonn 1904.) Unter 90 Fällen von Lebercirrhose fand Verfasser 53 mal Potatorium in der Anamnese. Unter den infektiösen Momenten konnte viermal die Syphilis allein und einmal in Verbindung mit Potatorium als Ursache der Cirrhose angesehen werden. *Fritz Loeb-München.*

Die Krankheiten der Leber und der Gallenwege auf der ersten medizinischen Klinik und Abteilung des Herrn Prof. P. Bauer in den Jahren 1899 bis 1903 inkl., von Martin Sundheimer. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Bei sechs von 143 Lebererkrankungen wurde Syphilis konstatiert. Fünf der Erkrankten waren Männer = 83,33 %, und eine Frau = 16,66 %. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 24 und 53 Jahren (im Mittel also 39,5 %). Die spezifische Infektion wurde in 50 % zugestanden. Die seit der Infektion verstrichene Zeit ist nur in einem Fall angegeben und beträgt in demselben ein Decennium. Die diffuse Form der syphili-

tischen Hepatitis deckt sich mit der als Cirrhose beschriebenen interstitiellen Hepatitis. Beide führen durch die interstitielle Wucherung zu Pfortaderstauung, zu Ascites. Dieser war in fünf Fällen (83,33 %) vorhanden und dreimal so hochgradig, daſs zur Punktion geschritten werden muſste. Icterus fehlt bei Lebersyphilis meistens und wurde auch vom Verfasser nur in einem Fall (= 16,66 %) beobachtet. Bei Hoppe-Seyler ist angegeben, daſs Albuminurie differentialdiagnostisch für Hepatitis syphilitica, gegen Carcinom spreche; es findet sich Eiweiſs in zwei Fällen des Verfassers (= 33,33 %). *Fritz Loeb-München.*

Über Nephritis syphilitica acuta im Frühstadium der Syphilis, von Walther Haupt. (Inaug.-Dissert. Berlin 1904.) Die drei vom Verfasser aus der obigen Klinik beschriebenen Fälle zeigen im Verein mit dem aus derselben Klinik stammenden Fall Hoffmanns (Über Nephritis syphilitica acuta praecox, *Berl. klin. Wochenschr.* 1902), daſs die akute syphilitische Nephritis der Frühperiode nicht ganz so selten sein kann, wie die Mehrzahl der Kliniker noch heute anzunehmen geneigt ist. Konnten doch diese vier Fälle im Laufe von drei Jahren an einem allerdings ziemlich groſsen Krankenmaterial beobachtet werden.

Er weist ferner darauf hin, daſs leichtere Albuminurien in der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten während der Eruptionsperiode nicht selten beobachtet worden sind, und glaubt, daſs die Kenntnis dieser Affektionen für den Arzt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung hat. Erstens ergibt sich die Notwendigkeit, bei jedem Syphilitiker vor Beginn der Kur auf Eiweiſs zu untersuchen, damit eine etwaige leichtere oder schwerere Nierenaffektion nicht übersehen wird. Zweitens erscheint es dem Verfasser angesichts der vorliegenden Kasuistik notwendig, mit Nachdruck darauf hinzuweisen, daſs bei akuten Nephritiden auch die Lues als Ursache mit erwogen werden muſs, zumal bei jungen Menschen, bei denen eine andere Ätiologie sich nicht auffinden läſst. Mitunter kann die Diagnose Syphilis recht erschwert werden, da infolge starken Ödems der Primäraffekt nicht deutlich erkennbar und die Drüsenschwellungen schwerer nachweisbar sind. Syphilis kann auch ein schon bestehendes Nierenleiden verschlimmern, wie die Anführung eines Falles mit chronischer Nephritis beweist; durch eine antisyphilitische Kur kann Besserung herbeigeführt werden.
Fritz Loeb-München.

Ein Fall von wahrscheinlich syphilitischer Schrumpfniere im Kindesalter, von Bronislawa Pallulon. Aus dem Züricher Kinderspital. (Inaug.-Dissert. Zürich 1904). Die Wucherung der Intima in den kleinen Nierengefäſsen, die bis zur Obliteration führte, berechtigt, die beschriebene Schrumpfniere für syphilitischen Ursprung zu halten. *Fritz Loeb-München.*

Diabetes insipidus und Syphilis, von Carl Grünbaum. (Inaugural-Dissert. Leipzig 1903.) Im beschriebenen Fall bestanden die Symptome, abgesehen von den Manifestationen der Lues nur in unerträglichen Kopfschmerzen und in der Polyurie und Polydipsie ohne irgend einen Befund seitens des Zentralnervensystems. Die spezifische Behandlung „wirkte wahre Wunder“: die Kopfschmerzen schwanden schon auf Jodkalium; der Diabetes insipidus wurde völlig und dauernd durch eine Schmierkur beseitigt.

Die bekannt gewordenen Fälle von Diabetes insipidus auf syphilitischer Grundlage teilt Verfasser in zwei Gruppen, einmal solche, in welche ein Diabetes insipidus neben Symptomen von seiten des Zentralnervensystems zur Beobachtung gelangte, sodann Fälle, bei denen auſser der Harnruhr keine nervösen Störungen irgendwelcher Art bestanden. Von der ersten Kategorie konnte Verfasser 11, von der zweiten 13 Fälle auffinden, die er auszugsweise mitteilt. *Fritz Loeb-München.*

Über zwei Fälle von Syphilis der Muskeln, von TACELLI. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1905. Nr. 4.) Der eine der beiden Fälle, bei dem es sich um eine konstitutionelle Lues mit akneiformem pustulo-ulcerösem Syphilid der Kinngegend handelte, war besonders interessant wegen einer Kontraktur im Gebiete des Biceps des rechten Arms, bei vollständiger Intaktheit des Muskels, weshalb denn auch in der Chloroformnarkose die Kontraktur vollständig verschwand, um nach dem Erwachen sofort wieder einzutreten. Der Verfasser assimiliert derartige Zustände mit denjenigen bei der Hysterie. Im zweiten Falle handelte es sich um eine gummöse Infiltration des rechten Sternocleidomastoideus mit Ausbreitung des Prozesses auf das subcutane Bindegewebe, die darüber liegende Haut und konsekutiver Ulceration derselben. Die spezifische Behandlung führte in beiden Fällen zur vollständigen Heilung.

C. Müller-Genf.

Beitrag zur Kenntnis der Muskelgummata, von KARL TECHNAU. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Syphilis der Lunge, Phthise vortäuschend, von WILLIAM E. HUGHES und ROBERT N. WILLSON-Philadelphia. (*Med. News.* 25. Febr. 1905.) Zur Kasuistik der Lungensyphilis bringen Verfasser einen Fall, einen 32jährigen russischen Arbeiter betreffend, welcher durch Dämpfung auf der linken unteren Lungenpartie, feine Rasselgeräusche und Knisterrasseln und vor allem durch wochenlang anhaltenden, sehr reichlichen blutig-schleimigen Auswurf gekennzeichnet war. Chlorcalcium und Gelatine wurden zusammen mit absoluter Bettruhe ohne irgendwelchen Erfolg angewandt, die Lungenblutung nahm vielmehr noch zu. Dieser Umstand sowie das völlige subjektive Wohlbefinden des Patienten — keine Abmagerung, keine nächtlichen Schweiße — ließen Lungentuberkulose beinahe ausschließen und man dachte an den Beginn einer malignen Neubildung (Sarkom), aber auch an Syphilis. Obwohl anamnestisch weder objektiv noch subjektiv dieselbe festzustellen war, wurde dem Kranken Jodkalium in großen Dosen (dreimal täglich 3,75 g) gegeben, nach 24 Stunden war der Auswurf bedeutend vermindert und weniger bluthaltig, nach weiteren drei Tagen völlig frei von Blut, und nach einer Woche der Husten fast ganz verschwunden, ebenso wie die objektiven Lungenbefunde. Durch Exklusion und den therapeutischen Erfolg — das Leiden hatte zwölf Wochen bestanden, ohne im geringsten durch andere Mittel als Jodkalium beeinflußt zu werden — halten Verfasser die Diagnose „Lungensyphilis" für berechtigt und begründen dieselbe noch näher. *Stern-München.*

Über Lungensyphilis, von WERMEL und SOLOWJEW. (*Russki Wratsch.* 1905. Nr. 9.) Die Verfasser besprechen zunächst kritisch eine Reihe von Syphilisfällen der Lungen aus der Literatur und kommen zum Schluß, daß es bis jetzt noch kein klinisch streng bestimmtes Bild der Lungensyphilis gibt. Darauf beschreiben sie zwei eigene Fälle, bei denen eigentlich auch nur ex juvantibus et nocentibus die Diagnose Lungensyphilis gestellt wurde. In beiden Fällen, bei einer Frau von 45 und einem Herrn von 43 Jahren, trat die Syphilis unter dem Bild von Lungenabscessen auf (hohes Fieber, fötider Auswurf, welcher keine Tuberkelbazillen, sondern Diplokokken und PFEIFFERsche Influenzabazillen in dem einen Fall und Streptokokken in dem anderen Fall enthielt), verbunden mit sonstigen Störungen, wie Schwäche, Blasenkatarrh (beim Mann) usw. Während bei der Frau in der Anamnese keine Lues zugegeben wurde, gab der Herr an, daß er seine Lues sehr gründlich habe behandeln lassen. Im ersteren Fall schwanden alle Erscheinungen prompt unter Jodkalium und Hg, im zweiten gingen die Lungenerscheinungen unter dieser Behandlung gut zurück, aber es blieben die Temperatursteigerungen nach. Letztere schwanden erst nach vier Injektionen von Antistreptokokkenserum. Gerade diese sekundären Infektionen ver-

ändern nach den Verfassern den Krankheitsverlauf und erklären möglicherweise die verschiedene Beschreibung des klinischen Bildes der Lungensyphilis seitens der Autoren. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über Lungensyphilis, nebst Bericht über den pathologisch-anatomischen Befund bei einem solchen Falle, von T. A. Claytor-Washington. (*Amer. Journ. Med. scienc.* April 1905.) Es handelte sich um einen 54jährigen Landwirt, welcher sich 21 Jahre zuvor infiziert hatte, mit 39 Jahren eine rechtseitige Hemiplegie erlitt und 14 Tage vor der Aufnahme mit stechenden Schmerzen in der Brust, Husten, schleimig-eiterigem Auswurf und anderen Symptomen erkrankte. Man fand einen allmählich zunehmenden Erguſs in der Bauchhöhle und im Brustraum, aber eine syphilitische Lungenaffektion wurde nicht diagnostiziert; man stellte die Diagnose auf chronische parenchymatöse Nephritis möglicherweise von syphilitischem Ursprung. Die Autopsie bestätigte dies, ergab aber auch ein Gumma des Sternums, sowie ein gleiches in jeder Lunge. In der Leber auf der Urinblase und am Omentum wurden auch Gummata konstatiert. Die anatomischen Verhältnisse sind an der Hand von Abbildungen genau geschildert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Fall von gummöser Myocarditis, von Adolf Rauscher. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Herzaneurysma, wahrscheinlich auf luetischer Basis, von Walther Falke. (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.) Ohne Bedeutung. *Fritz Loeb-München.*

Zur Lehre über die Aortenaneurysmen, von Karl Vix. (Inaugural-Dissert. Erlangen 1904.) Als Resultat der Untersuchungen über die Ätiologie der Aortenaneurysmen ergibt sich folgendes:

1. Aneurysmen entstehen an den Stellen der Aortenwand, die durch entzündliche Vorgänge ihre Tunica media in gröſserer oder geringerer Ausdehnung verloren haben.

2. Diese entzündlichen Prozesse sind durch eine Erkrankung der Aortenwand, besonders der Media hervorgerufen.

3. Als Ursache dieser Gefäſserkrankungen ist in erster Linie Syphilis zu nennen, die das charakteristische Bild der Aortitis syphilitica zeigt. Diese Fälle betreffen meist jüngere, oder im besten Mannesalter stehende Individuen.

4. In zweiter Linie kommt die Arteriosklerose als Entstehungsursache von Aortenaneurysmen in Betracht. Die chronische Endarteritis ist in ihrer Bedeutung für die Aneurysmenbildung überschätzt worden. Diese Fälle, welche einen Zusammenhang zwischen Arteriosklerose und Aortenaneurysmen zulassen, betreffen hauptsächlich nur alte Individuen. Häufig kommen hierbei noch andere, die Aneurysmenbildung begünstigende Umstände in Betracht. Solche sind chronischer Alkoholismus und die schädlichen Einwirkungen, die der Beruf ausüben kann.

5. Auſser Gefäſserkrankungen vermögen noch andere Gründe, wie Traumen, embolische Prozesse, kurz alles, was eine direkte Schädigung der Tunica media herbeiführt, Aortenaneurysmen zu verursachen.

Die für Syphilis in Betracht kommenden Ergebnisse der Sektionsprotokolle von 38 Fällen waren folgende: Es fanden sich:

Syphilitische Gefäſserkrankungen	9 mal
Luetische Lebernarben	5 „
Syphilis des Schädels	4 „
Gummata	2 „
Narbe in der Leistengegend	2 „
Weiſse, strahlige Hautnarben	2 „

Narben am Penis	1 mal
Orchitis, Periorchitis chron.	1 „
Epididymitis chron.	1 „
Perichondritis epiglottidis syphil.	1 „
Hepatitis interstitialis	1 „
Interstitielle Pneumonie	1 „
Graue Degeneration des Rückenmarks	1 „

Fritz Loeb-München.

Drei Fälle von Aortitis syphilitica, von KINJI TAKIGUCHI. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Es ist hervorzuheben, daſs es sich in allen drei Fällen um gummöse Prozesse handelte. *Fritz Loeb-München.*

Über Mesaortitis gummosa, von PAUL BECK. (Inaug.-Dissert. Basel 1903.) Bei Luetikern finden sich Aortenveränderungen vor, welche von der gewöhnlichen Arteriosklerose scharf zu trennen sind, und welche durch eine Mesarteriitis veranlaſst sind. Wenn man Gelegenheit hat, die Veränderungen in den Stadien ihrer Entwicklung zu untersuchen, so sieht man sie stellenweise charakterisiert durch Bildung von gummösen Wucherungen, während andere Stellen einfache Infiltrate darstellen, welche sich zum Teil auch in der Adventitia finden. In ihrer fortgeschrittenen, zeitlich wahrscheinlich rasch herbeigeführten sowie in ihren Ausgangs- (Ausheilungs-) Stadien aber entbehrt die wesentlich fibröse Mesaortitis mikroskopisch zwar der spezifischen Kriterien, doch ist diese syphilitische fibröse Aortitis häufig schon durch ihre makroskopische Erscheinung leicht von der gewöhnlichen Arteriosklerose zu unterscheiden. Verschleiert wird mitunter das Bild der Mesaortitis syphilitica durch eine Kombination mit ordinärer Arteriosklerose; aber auch hier ist, wenn die Syphilis noch florid ist, der Befund von spezifischen gummösen Produkten in der Media oft noch zu erbringen. Die Beziehungen zur Aneurysmenbildung leiten sich ohne weiteres von der fibrösen syphilitischen Mesaortitis ab. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Endaortitis luetica, von HANS JOACHIM. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Typischer Fall von Endaortitis luetica. Mikroskopisch bietet die Endaortitis luetica (ebenso wie makroskopisch) ein anderes Bild als die Atheromatose. Es ergibt sich im allgemeinen, daſs hier die Affektion der Media und Aventitia die Hauptrolle zu spielen scheint, während die schwieligen Verdickungen der Intima vielleicht mit Verfasser als sekundär entstanden aufzufassen sind. Verfasser schlieſst sich in seinen Ausführungen und Folgerungen der Meinung von STRAUB und CHIARI an, daſs die Endarteriitis luetica einen eigenen anatomischen Typus der Aortitis darstellt, der makroskopisch sowohl wie mikroskopisch von der gewöhnlichen Endarteriitis deformans wohl zu trennen ist. *Fritz Loeb-München.*

Verblutung aus der durch zerfallendes Gumma eröffneten Pulmonalarterie, von HERMANN FITTJE. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) Der beschriebene Fall betraf einen 34jährigen Arbeiter, der in seinem Berufe eine Verletzung, bestehend in Muskelquetschungen an der Brust und am Bauch, erlitten hatte. Exitus auf dem Transport. Zwei Umstände machen den vorliegenden Fall interessant. Einmal der ersichtliche Einfluſs der traumatischen Einwirkung auf das Entstehen eines tertiärsyphilitischen Produktes, zweitens das sehr seltene Vorkommen der Eröffnung eines groſsen Blutgefäſses durch Übergreifen eines zerfallenden gummösen Produktes in der Umgebung desselben, wofür Verfasser als Analoga nur zwei Fälle in der Literatur finden konnte, die von VERNEUIL und STOECKLIN beschrieben worden sind.

Fritz Loeb-München.

Ein Beitrag zur Kasuistik der Hirnhämorrhagien bei hereditärer Syphilis (!) der Neugeborenen, von AUGUST BONGARTZ. (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.) Die Arbeit vermag die Frage der Entstehung sowohl des Hydrocefalus (!) wie der Hirnhämorrhagien bei hereditär-luetischen Neugeborenen nicht zu klären. *Fritz Loeb-München.*

Die bei Erkrankungen der Meningen beobachteten Erscheinungen mit besonderer Berücksichtigung der okularen Symptome, von ALBERT NACHT. (Inaug.-Dissert. Marburg 1904.) Meningitis syphilitica. Die syphilitische Affektion der Meningen tritt in drei verschiedenen Formen auf. Man kann unterscheiden: die gummöse Infiltration, disseminierte Miliargummata, die entzündliche oder sklerosierende Meningitis (TEISSIER-ROUX). Der Ausgangspunkt der syphilitischen Neubildungen ist das Bindegewebsstroma der Meningen; sie können sowohl von der Dura mater und ihren Fortsätzen als von den weichen Häuten ihren Ursprung nehmen; an der Basis bildet die Arachnoidea und das Subarachnoidalgewebe häufig den Sitz der Erkrankung. Die Meningen sind verdickt, von einer sulzigen oder schwieligen Masse durchsetzt und oft mit der Hirnsubstanz verwachsen; der Lieblingssitz an der Konvexität ist das Gebiet des Scheitel- und Stirnbeins, an der Basis die Gegend des Chiasma. Die Basis zeigt die Meningen getrübt und verdickt; die basalen Nerven liegen in sulzigen Massen eingebettet; die gewöhnliche Folge davon ist die Atrophie. Diese Form der Meningitis syphilitica kann sowohl diffus als circumskript sein; hierzu kommt die miliare Form, wo miliare gummöse Knötchen über die Häute ausgestreut sind, und die syphilitische Entzündung, einfach hyperplastische Zustände, die wohl oft auf syphilitischer Basis der sogenannten „Meningitis simplex" zugrunde liegen (OPPENHEIM). Entsprechend der verschiedenen Lokalisation, der diffusen oder circumskripten Ausbildung der meningosyphilitischen Affektionen kann das Symptomenbild in den Einzelheiten keinem bestimmten Typus entsprechen; in keiner anderen Form der Meningitis ist der Mannigfaltigkeit des anatomischen Sitzes und der entsprechenden Symptome so viel Raum geboten wie hier.

Als zweifelloses Charakteristikum gerade des syphilitischen Prozesses stellt OPPENHEIM die Wandelbarkeit, das Kommen und Gehen der „Symptome" hin, die dem pathologisch-anatomischen ständigen Wechsel zwischen Neubildung und Zerfall vollkommen entspricht. *Fritz Loeb-München.*

Statistisch-kasuistische Beiträge zur Pathogenese der Hirnapoplexie, von LUDWIG WOLFRUM. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Nach HEUBNER ist der Befund wirklicher Hirnblutungen bei Syphilis ein seltenes Vorkommnis. LECHNER dagegen hat unter 300 der Literatur entnommenen Fällen von Syphilis mit Sektionsbefund 69 Fälle = 23 % zusammengestellt, bei welchen Blutergüsse in das Gehirn und das Rückenmark nachgewiesen werden konnten. Nach diesem Autor ist es nicht allein das syphylitische Virus, welches die Blutungen herbeiführte, sondern es sind auch noch psychische, traumatische, funktionelle und andere Momente dazu nötig. Verfasser berichtet über 307 Fälle von Gehirnblutungen. Es findet sich sechsmal = 1,95 % der Gesamtzahl eine luetische Infektion. In drei Fällen, und zwar zwei Männer und eine Frau, wurde Lues und in weiteren drei Fällen, wiederum zwei Männer und eine Frau, wurde neben dem Potatorium Lues zugestanden. Dazu kommen noch laut Sektionsprotokoll weitere sechs (vier Männer und zwei Frauen), bei welchen der Verdacht auf luetische Infektion begründet erscheint, so dafs die Gesamtzahl 12 = 3,9 % luetische Infektionen (acht männliche und vier weibliche Individuen) resultieren. Es ergibt sich hieraus, dafs Hirnblutungen auf luetischer Basis im grofsen und ganzen zu den seltenen Vorkommnissen zu rechnen sind.

Fritz Loeb-München.

Einen Fall von **Krämpfen auf luetischer Basis** bei einem Säugling stellt JAPHA im Verein für innere Medizin in Berlin (Sitzung vom 28. Januar 1905) vor. Aufser allgemeinen Krämpfen von grofser Zahl und langer Dauer wies das Kind keine Erscheinungen auf, die auf Syphilis hindeuteten. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab hochgradige Neuritis optica, die bei Kindern meist auf Meningitis oder Syphilis zurückzuführen ist. Antisyphilitische Behandlung hatte vollen Erfolg. Später wurde auch bei der Mutter des Kindes Lues festgestellt. Der Fall zeigt, dafs die Augenuntersuchung von aufserordentlichem Wert für die Diagnose der hereditären Lues ist. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 7.) *A. Loewald-Kolmar.*

Encephalitis syphilitica disseminata, von A. M. BARRETT-Danvers U. S. A. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* März 1905.) Es wird hier ausführlich über einen 41jährigen Patienten berichtet, welcher sechs Monate nach der syphilitischen Infektion noch während des Bestehens eines allgemeinen Exanthems und von Plaques muqueuses auf der Mundschleimhaut Symptome von geistiger Störung, Stupor und grofse Hinfälligkeit darbot und nach weiteren zwei Monaten der Krankheit erlag. Die sehr genau mitgeteilten anatomischen Veränderungen am Zentralnervensystem stellten sich hauptsächlich als zerstreute Herde von Encephalitis dar, Infiltrationen, Erweichungsherde, kleine Hämorrhagien sowie stellenweise (in der Medulla) als beginnende Gummabildungen. Die Meningen waren stark affiziert, und namentlich an den Blutgefäfsen fanden sich Veränderungen in gröfserer Ausdehnung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

In der Diskussion zu einem Vortrage ZICHENS über **psychische Begleitsymptome der Hirnsyphilis** (Verein für innere Medizin in Berlin, Sitzung vom 20. Febr. 1905) bemerkt VORMENG, dafs für die Unterscheidung der Dementia postsyphilitica von der Dementia paralytica bisweilen weder die Anamnese noch die Untersuchung sichere Anhaltspunkte geben, dafs vielmehr erst der weitere Verlauf entscheidet, also Stehenbleiben auf einer gewissen Stufe geistigen und körperlichen Verfalles, für immer oder bis zum Übergang in Dementia senilis, bei der Hirnsyphilis, rapides Abwärtsgehen, körperlich und intellektuell, bis zum Tode bei der Paralyse. — Dem Satze ZICHENS, bei der psychischen, neurasthenischen Syphilis sei die Neurasthenie die Hauptsache, die Syphilis Nebensache, Schmierkuren seien dabei vom Übel, kann VORMENG nicht beipflichten. Er berichtet über zwei durch Schmierkuren sehr günstig beeinflufste Fälle. — ZICHEN erwidert zu dem ersten Punkte, in den allermeisten Fällen seien die beiden Demenzformen leicht zu unterscheiden, wenn man die der Paralyse eigentümliche Sprachstörung, die Herabsetzung der Merkfähigkeit und die anamnestisch fast immer festzustellenden Taktlosigkeiten im Beginn der Paralyse berücksichtige. — Bezüglich des zweiten Punktes gibt ZICHEN Ausnahmen zu. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 11.) *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der cerebrospinalen Lues, von R. KNOCH. Aus der medizinischen Klinik zu Jena. (Inaug.-Dissert. Jena 1904.) Von allen chronischen Gehirn-Rückenmarkserkrankungen hat die cerebrospinale Lues bei weitem die verhältnismäfsig günstigste Prognose, und zwar um so mehr, je frühzeitiger sie in Behandlung kommt. Die schlechteste Prognose geben diejenigen Fälle, bei denen schon wenige Monate nach der Infektion schwere Gehirn-Rückenmarksaffektionen auftreten.

Diese Fälle verlaufen gewöhnlich in Kürze letal.

Die Therapie hat sich, soweit sie eine spezifische sein soll, nach den Grundsätzen der Behandlung der Syphilis zu richten. Das Versagen der spezifischen Behandlung bei sicher festgestellter Lues läfst auf schwere anatomische Erkrankung schliefsen. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Lues cerebri mit schwerer Psychose unter dem Bild eines langdauernden Stupors, von BERTHOLD LEWIN. (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.) Der Titel sagt, was diesen Fall bemerkenswert machte. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kasuistik der Lues spinalis, von THEODOR BURGDORF. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) Die Eigenschaft der Lues spinalis, alle möglichen anderen Rückenmarkserkrankungen kopieren zu können, die Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder, die Kombination mit Lues cerebri machen ihre Diagnose bei fehlender Anamnese sehr schwierig. In vielen Fällen wird erst der Erfolg einer antiluetischen Behandlung die Diagnose sichern. *Fritz Loeb-München.*

Über allgemeine Paralyse und Syphilis, von L. MARCHAND. (*La presse méd.* 1905. Nr. 28.) Über den Zusammenhang zwischen Allgemeinparalyse und Syphilis bestehen zurzeit vier verschiedene Meinungen; die einen behaupten, die Paralyse sei syphilitischer Natur, die zweiten, sie sei syphilitischen Ursprungs, die dritten leugnen die Syphilis als Ursache der Paralyse, während die vierten vermittelnd behaupten, die Syphilis könne öfters die Ursache der Paralyse sein. Um diese Frage zu klären, darf man sich nicht lediglich an Statistiken, klinische Beobachtungen oder an die pathologische Anatomie und die Experimente einzeln halten, sondern man muſs alle diese Dinge zusammen betrachten, um eine wissenschaftlich begründete Meinung abgeben zu können. Von diesem Gesichtspunkt aus hat sich Verfasser, indem er die ätiologischen, klinischen, anatomischen und therapeutischen Beobachtungen zahlreicher Forscher verglich und studierte, sein Urteil selbst gebildet; nach seiner Ansicht stimmen alle diese Faktoren so weit überein, um zu zeigen, daſs die Syphilis jedenfalls ein mächtiges Agens der Paralyse vorstellt; auch die pathologische Anatomie läſst den Schluſs zu, daſs die Paralyse luetischer Natur ist. Die Frage, warum nicht alle Fälle von Paralyse syphilitisch sind, beantwortet er damit, daſs die histologischen Untersuchungen oft nicht gemacht sind und man oft nur auf die klinischen Symptome und Statistiken allein Rücksicht nahm. Man vereinigt eben zurzeit unter dem Namen „allgemeine Paralyse“ alle Fälle von subakuter diffuser Meningo-Encephalitis, also auch die nicht luetischen Fälle. Ebenso wie die Leberklerose verschiedene Ursachen haben kann und nicht immer als ein Produkt alkoholischer Prozesse betrachtet werden darf, ebenso ist es bei der Paralyse, die Lues ist zwar die Hauptursache, aber daneben gibt es auch Fälle, wo man anamnestisch keine Lues nachweisen kann und wo man bei der Sektion Erscheinungen von subakuter Meningo-Encephalitis entdeckt. Die klinische Erfahrung lehrt, daſs der Alkohol schädlich auf Paralyse einwirkt, ebenso wie sonstige Exzesse. Man muſs daher auch solche Fälle in Betracht ziehen, gleichwie man eine alkoholische Lebercirrhose von anderen Lebercirrhosen unterscheidet. Die pathologische Anatomie zeigt schon, daſs in gewissen Fällen luetische Läsionen gleichzeitig neben denen der Paralyse bestehen, bei anderen Fällen sind die Läsionen klein und unscheinbar und werden nur zufällig im Mikroskop gefunden. Diese Fälle sind sicher luetischer Natur. So ist schon etwas mehr Licht in die Sache gekommen, und man muſs nun noch die rein luetischen Fälle der Meningo-Encephalitis von den anderen scheiden, wo andere Ursachen, z. B. Alkohol, gewirkt haben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von syphilitischer Pseudoparalyse, von JACOB SORREL-New York. (*Med. News.* 29. April 1905.) Der Fall, welcher ein drei Wochen altes Kind betraf, begann damit, daſs dasselbe seinen linken Arm nicht mehr bewegen zu können schien, es wurde keine Subluxation, Fraktur, Dislokation, sondern nur Schwellung und Deformität am Handgelenk mit leichter Innenrotation des Armes gefunden, sehn Tage später deutliche Crepitation am unteren Ende von Radius und Ulna an der Verbindungsstelle von Epi- und Diaphyse, also eine Epiphysentrennung konstatiert.

Chirurgische Behandlung (Immobilisierung des Armes). Späterhin traten charakteristische maculo-papulöse Effloreszenzen am Gesicht und Körper, Condylomata ad anum auf; es wurden nun täglich dreimal Kalomel 0,05—0,1 usf. gegeben. Nach 3½ Wochen ward keine Crepitation mehr gefühlt, und nach einer weiteren Woche war auch die chirurgische Behandlung unnötig geworden. Der interessante Fall lehrt jedenfalls, bei monoartikulären Affektionen kleiner Kinder in der Diagnose recht vorsichtig zu sein und in ähnlichen Fällen, wenn Trauma, Fraktur, Sepsis, vielleicht auch infantiler Skorbut ausgeschlossen sind, an die Möglichkeit einer Osteochondritis epiphysaria luetica neonatorum zu denken. *Stern-München.*

Zum Problem der Ätiologie der Tabes, von O. Rosenbach-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1905. Nr. 3.) R. unterzieht die Arbeit von W. Croner, „Über familiäre Tabes dorsalis und ihre Bedeutung für die Ätiologie der Erkrankung", die in der *Berl. klin. Wochenschr.* 1904, Nr. 49, erschienen ist, einer sehr scharfen Kritik, um zu zeigen, wie Krankengeschichten und Folgerungen, die zur Entscheidung wichtiger Probleme dienen sollen, nicht beschaffen sein dürfen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zwei Fälle von spät aufgetretener Tabes bei hereditären Syphilitikern, von Bertolotti. (*La Rif. med.* 1905. Nr. 4.) Der eine der Patienten war 50, der andere 40 Jahre alt; die tabetischen Symptome waren allerdings bei beiden mehrere Jahre vorher aufgetreten; beide stammten von luetischen Eltern ab, hatten niemals Erscheinungen von erworbener Syphilis gezeigt. *C. Müller-Genf.*

Über den Einfluß der Quecksilberbehandlung auf das Auftreten der tertiären Lues, von Wilh. Langer. (Inaug.-Dissert. Bonn 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über die Behandlung der malignen Syphilis, von A. Buschke-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 7.) Als wesentliches Charakteristikum der malignen Syphilis gilt entweder das völlige Fehlen eines makulo-papulösen Sekundärstadiums oder bei Vorhandensein desselben das frühzeitige, meist im ersten Jahre erfolgende Auftreten von mehr oder weniger ausgebreiteten Ulcerationen auf der Haut und an den Schleimhäuten. Hierzu können Störungen des Allgemeinbefindens, Fieber und außerdem frühzeitige schwere syphilitische Erkrankungen innerer Organe und des Knochensystems treten. Hieraus ergibt sich eine dubiösere Prognose als bei den gewöhnlichen Formen der Lues.

Bei der Behandlung hat man zwei Gruppen maligner Lues zu unterscheiden: 1. solche, welche der Quecksilberbehandlung gut zugänglich sind und sogar intensive Behandlung vertragen, 2. eine Gruppe, die gar nicht oder nur sehr vorsichtig mit Quecksilber traktiert werden darf. Da es in den einzelnen Fällen durchaus nicht leicht ist, zu entscheiden, welcher der beiden Gruppen der vorliegende angehört, so hält Verfasser, wenn es sich um leidlich kräftige Individuen handelt, es doch immer für gerechtfertigt, einen Versuch mit der Quecksilberbehandlung zu machen. B. empfiehlt zu diesem Zwecke das Kalomel in der Konzentration: 3,0 Kalomel : 27,0 Ol. oliv. oder Paraff. liquid. Man beginnt mit ½ Pravazschen Spritze; wird dies gut vertragen, d. h. es treten keine nennenswerten Nebenerscheinungen lokal oder seitens der Schleimhäute auf, so erhält der Patient in achttägigen Zwischenpausen eine ganze Spritze; vier bis fünf Injektionen genügen zu einer Kur. Sind danach die Erscheinungen noch nicht ganz geschwunden, so geht man zu milderen Hg-Medikationen (Sublimatinjektionen, Inunktionen) über.

Verfasser führt zwei Fälle an, in denen die Kalomelinjektionen rasche Heilung herbeiführten.

Außer den Kalomelinjektionen ist bei maligner Lues von Anbeginn Jodkalium in großen Dosen zu verabreichen. Zuweilen entstehen jedoch durch die gleichzeitige

Anwendung von Jod und Kalomel Reizerscheinungen namentlich des Magendarmkanals. Es mufs dann das Jod schnellstens ausgesetzt werden.

Bei Fällen, die mit schwerer Prostation einhergehen, soll man von Zeit zu Zeit vorsichtig die Sublimatinjektionen versuchen, auch die Zittmannsche Kur kann angewandt werden, doch hatte letztere in dem vom Verfasser mitgeteilten dritten Falle keinen besonderen Einfluſs. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Über Syphilisbehandlung im Anfangsstadium, von Filaretopoulos - Athen. (*La Méd. Orientale.* 1905. Nr. 5.) Verfasser steht auf dem Standpunkte, daſs die Syphilis sofort und energisch behandelt werden muſs, um Rezidiven und späteren Tertiärerscheinungen vorzubeugen, und zwar eignen sich am besten Quecksilberinjektionen mit unlöslichen oder löslichen Salzen; aber letztere müssen dann nicht nur in Dosen von 1 cg, sondern in einer Dosis, welche mindestens 1 cg metallischem Quecksilber entspricht, gegeben werden, je mehr desto besser. Jede Kur darf nicht mit dem Verschwinden der sichtbaren Erscheinungen beendet werden und muſs in den ersten drei Jahren oft wiederholt werden, selbst wenn keine Rezidive erscheinen, sonst natürlich noch viel länger. Bei maligner Syphilis muſs natürlich am energischsten verfahren werden. Zwischen zwei starken Kuren empfiehlt es sich, leichtere Injektionskuren mit löslichen Salzen vorzunehmen und auch vom zweiten Jahre an Jodkalium 1—2 g täglich zu geben, wenigstens ein bis zwei Monate nach der Reihe. Kleine, unbedeutende Rezidive, besonders Plaques im Munde, bedingen nicht jedesmal eine Allgemeinkur; solche Erscheinungen pflegen meist unter Lokalbehandlung zu heilen. Der Hauptwert besteht in einer sehr intensiven Anfangskur. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Therapeutische Notizen zur Syphilisbehandlung, von A. Lieven - Aachen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 13.) Zur Verhütung des Jodismus empfiehlt L., Jodkalium stets sehr stark verdünnt, 1 g in mindestens $^1/_2$ Liter Flüssigkeit, einnehmen zu lassen und gleichzeitig mit Jodkalium Strychnin und Eisen zu geben. Er verordnet:

℞ *Kalii jodat.*	30,0
Ferr. citr. ammon.	4,0
Strychnin nitr.	0,02
Elaeosacch. menth pip.	5,0
Aq. flor. Aurant.	ad. 120,0

S. 1 Teelöffel voll (= 1 g JK) in $^1/_2$ Liter Wasser oder Milch zu nehmen. Vor der von Spencer vorgeschlagenen Kombination von Jodkalium mit Ferr. citr. ammon., Tinct. nuc. vomic. und Tinct. chin. hat diese Mischung den Vorzug, daſs sich in ihr kein gerbsaures Eisen bildet, daſs sie infolgedessen nicht nach Tinte schmeckt und hell und klar bleibt.

Zur Beseitigung von Verstopfung im Verlaufe einer Quecksilberkur hat sich L. das Aachener Trinksalz, in einer Dosis von 1—2 Teelöffel morgens nüchtern in heiſsem Wasser genommen, vorzüglich bewährt; es wirkt sehr milde und irritiert den Darm nicht. *Göts-München.*

Aktive und passive Bewegung bei der Behandlung der Syphilis, von Nathan T. Beers - Brooklyn. (*New. York. med. Journ.* 4. März 1905.) Nachdem ein englischer Arzt die Beobachtung gemacht hat, daſs diejenigen syphilitischen Studenten, welche viel Körperbewegungen machen, viel weniger Behandlung erheischen und viel weniger von Sekundärerscheinungen befallen werden als jene mit mehr sitzender Lebensweise, empfiehlt auch Verfasser auf Grund seiner eigenen Erfahrungen fleiſsige Ausübung von körperlicher Bewegung (Spielen, Reiten, Rudern, Schwimmen usw.) bei Syphilis, ebenso wie auch bei Tuberkulose Aufenthalt in frischer Luft ein

wichtiger Faktor sei. Denn eine ebenso wichtige Rolle wie die geeignete Einverleibung des Quecksilbers spiele die Elimination desselben. Die Frage ist nur, was man bei Patienten tun soll, welche durch ihre Beschäftigung (sitzende Lebensweise) diesem Rate nicht folgen können oder auch nicht wollen: hier ist es die Massage, wo sie besondere Triumphe feiern kann (täglich eine Stunde schwedische Gymnastik). Im übrigen soll man auf alle mögliche Weise die syphilitischen Patienten zu Bewegung in frischer Luft und besonders zu Fußwanderungen (Winter und Sommer bei jeder Witterung) zu überreden suchen. Als eigentliche Behandlungsart der Syphilis empfiehlt B. für das erste Jahr die Schmierkur, und zwar im ganzen dreimal 60—90 Einreibungen; er läßt vor jeder Einreibung baden, Applikation von Äther kurz vor derselben soll in hohem Maße die Resorption des Quecksilbers erleichtern. Die erste Kur soll in täglichen, die zweite und dritte in Einreibungen, welche jeden zweiten Tag vorgenommen werden, bestehen; im allgemeinen ist kein anderes Mittel im ersten Jahre angezeigt. (Referent, welcher schon seit Jahren in dem Sinne Bumms die Freiluftherapie der Syphilis einhält, freut sich mit diesem Appell an die Vernunft der Ärzte und Patienten, und konnte sich deshalb — außer für schwere Fälle — nie mit der so sehr empfohlenen Krankenhausbehandlung befreunden.)

Stern-München.

Über intramuskuläre Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate bei Syphilis, von Herm. G. Klotz-New York. (*Med. News.* 29. April 1905.) Klotz hebt nach einem kurzen historischen Rückblick hervor, wie zögernd und erst in den letzteren Jahren in größerer Anzahl die amerikanischen Ärzte die Injektionstherapie der Syphilis aufnehmen, so daß von den neuerschienenen Handbüchern über Syphilis nur jenes von Keyes und Chetwood (1900) sich günstig über diese Injektionen und zwar besonders mit salicylsaurem Quecksilber ausspricht. Klotz erklärt die Injektionen mit unlöslichen Salzen für eine der wirksamsten Methoden gegen Syphilis, welche aber keineswegs die anderen Behandlungsmethoden ausschließe, sondern sogar je nach Umständen gleichzeitig oder abwechselnd mit diesen angewendet werden müsse. Er verfügte über 2500 Injektionen, die an 204 Patienten (wovon nur 6 weibliche) ausgeführt wurden: 2112 mit salicylsaurem Quecksilber, 216 mit Kalomel, 150 mit Hydrarg. bijod. und 3 mit grauem Öl. Das Alter der Patienten ging von 18 bis zu 60 Jahre. Die Zahl der in jedem Falle ausgeführten Injektionen betrug 1 bis 42, zuweilen über drei und vier Jahre verteilt; die Injektionen wurden in achttägigen Zwischenräumen bis zum Verschwinden der Erscheinungen gemacht, jedoch nicht mehr wie zehn. Bei der intermittierenden Kur trafen in entsprechenden Zwischenräumen vier bis sechs Serien von sechs bis acht Injektionen ungefähr bis zum Ende des zweiten Jahres, was Klotz als genügend (? Referent) ansieht. In einer Anzahl von Fällen wurde mit anderen Quecksilberbehandlungsmethoden, auch mit Jod-Darreichung abgewechselt, je nach den Umständen und äußeren Verhältnissen der Patienten. Klotz kam in den letzten Jahren auch bei Tertiärerscheinungen (Gummata) immer mehr von Jodpräparaten ab und hatte vorzügliche Resultate mit den unlöslichen Quecksilbersalzen. Auch bei Gehirnlues findet er für dieselben ein vortreffliches Feld, besonders für Kalomel und war oft völlig überrascht von der wunderbar raschen Wirkung der ersten Injektion. Die bekannten unangenehmen Nebenerscheinungen, wie Knoten an der Injektionsstelle, leichtes Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, zuweilen Fieber in den ersten 12 bis 24 Stunden, erlebte Klotz ebenfalls, aber niemals Stomatitis nach salicylsaurem Quecksilber; zuweilen trat sie in milder Form nach Kalomel, jedoch weniger oft wie nach Sublimat-Injektionen auf. Auch auf die Gefahr von Lungenembolie, von parenchymatöser Nephritis und Anurie (regelmäßige Urinkontrolle) ist zu achten. Im allgemeinen sind die Vorteile der Injektionen viel bedeutendere als diese höchst

seltenen Zufälle, und KLOTZ kann die Anwendung der genannten unlöslichen Präparate für die tägliche Praxis nicht warm genug empfehlen. *Stern-München.*

Enesol, ein neues Quecksilberpräparat zur Injektionstherapie der Syphilis, von EMIL HABRICH-Wien. (*Pharmakol. u. therap. Rundschau.* 1905. Nr. 7.) Das Enesol, eine Verbindung von salicylarsensaurem Hg, das durch Einwirkung von 1 Molekül Methylarsensäure auf 1 Molekül basisches Quecksilbersalicylat entsteht und von Clin & Co. in Paris hergestellt wird, ist ein amorphes, in H_2O lösliches Salz, welches in gelöstem Zustand sterilisiert werden kann, ohne daſs es sich zersetzt. Es gibt weder die Reaktion des Arsens, noch die des Hg, läſst sich weder durch Arsensulfohydrat noch durch Jodkalium fällen. Es enthält Arsen und Hg in latentem Zustande; sein Hg-Gehalt ist 38,46 %, sein Arsengehalt 14,4 %. Um ein Kaninchen zu töten, bedürfte es einer Dosis von 0,8 g Enésol per 1 kg Körpergewicht. Bei einem 60 kg schwerem Menschen könnte man also ungefähr 6 g Enésol injizieren, ohne Vergiftungserscheinungen zu erzielen. Für den praktischen Gebrauch ist es in sterilisierten Ampullen à 2 ccm einer 3 %igen Lösung erhältlich; bei den Kranken wurde nur diese Lösung angewandt, und es enthält 1 ccm der Lösung 0,03 Enésol, d. h. 0,00115 Hg und 0,0043 A_s. Bei einzelnen Kranken wurden bereits eine Stunde nach der Injektion einer 3 %igen Enésollösung im Harn Spuren von Hg nachgewiesen. Nach zwei bis drei Stunden war dasselbe reichlich nachzuweisen, und es dauert die Ausscheidung intensiv fort, bis sie 24 Stunden nach der Injektion allmählich aufhörte. Nach einer Serie von 20 Injektionen à 1 ccm dauert die Ausscheidung bis zum sechsten Tage nach der letzten Injektion fort. Die Injektionen wurden abwechselnd in die linke und rechte Regio glutaealis (nach SIEGFRIED GROSZ) intramuskulär täglich in Mengen von 0,5—1 ccm einer 3 %igen Lösung gemacht. Da bei den meisten Kranken nur geringe Stomatitis und nur ausnahmsweise Schmerzen an den Injektionsstellen auftraten, so wurden nunmehr 2—2 ccm injiziert, ohne daſs stärkere Beschwerden auftraten. Das Präparat wurde in 30 Fällen zur Anwendung gebracht, und es zeichnet sich nach H. vor den übrigen Hg-Präparaten durch nachfolgende Vorzüge aus: 1. Rasches Schwinden der Symptome. 2. Infolge seiner geringen Toxizität Ermöglichung der Verabreichung bedeutend gröſserer Dosen als bei anderen Hg-Präparaten. 3. Nahezu gänzliches Fehlen von Schmerzen und Infiltratbildungen. 4. Infolge der gleichzeitigen, dynamischen Wirkung des im Enésol als Methylderivat haltenen Arsens Hebung des Kräftezustandes. *Putzler-Dansig.*

Das Hermophenyl in der Behandlung der Syphilis, von JULIUS MANGIS. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1903.) Verfasser nennt als Vorteile der Hermophenyltherapie:

1. Schmerzlosigkeit der Injektionen;
2. Fehlen von Knotenbildungen an der Injektionsstelle;
3. In 26 Fällen schnelle und gute Resultate.

Als Nachteile:

1. In 2 Fällen Erfolg sehr spät;
2. „ 5 „ gar kein Erfolg;
3. „ 5 „ Rezidiv;
4. „ 9 „ Erythem;
5. „ 11 „ Fieber.

Komplikationen sind in 23 Fällen aufgetreten. Nach diesen Erfahrungen ist Verfasser von der Anwendung des Hermophenyl in der Behandlung der Syphilis abgekommen und zu dem nach seiner Meinung am besten sich bewährenden Hydrargyrum succinimidatum zurückgekehrt. *Frits Loeb-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 8. 15. Oktober 1905.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Die Darstellung der sauren Kerne in normalem und pathologischem Gewebe.

Von

P. G. Unna.

Wie ich in einem Artikel: „Zur Kenntnis der Kerne“ vor zehn Jahren mitgeteilt[1] habe, wurde ich auf die „sauren Kerne“ an Schnitten aufmerksam, die mit polychromer Methylenblau-Lösung gefärbt und mit starker Tannin-Lösung entfärbt waren.

Alle früheren Kerndarstellungen beruhten auf dem starken tinktoriellen Gegensatz zwischen dem stark sauren Chromatin und dem neutral oder schwach-basisch reagierenden Karyoplasma (Kernsaft nach Flemming), der Kerngrundsubstanz, in welche die Chromatinkörper eingebettet sind und die zugleich die formgebende Hauptmasse des Kernes darstellt. Man überfärbte die Gewebe mit einer basischen Farbe und entzog letztere dem Kernsaft mit einer schwachen Säure.

Hier zeigten sich nun zum ersten Male Kerne, die auch einen entschieden sauren Kernsaft besafsen, der den aufgenommenen basischen Farbstoff an eine bestimmte Säure wenigstens nicht abgab, die sich mithin zum Unterschied von den übrigen Kernen als Ganzes wie ein saures (basophiles) Gewebe verhielten. Bekanntlich hat die starke, 30%ige Tannin-Lösung, welche aufser zur Darstellung der sauren Kerne auch noch zu der des Fibrins, des Elacins, des Hyalins, des Keratins, der Mitosen usw. dient, nicht blofs die Eigenschaft einer Beize für basische Farben, sondern sie ist zugleich als Säure auch ein Entfärbungsmittel für dieselben. Diese Vereinigung sich widerstreitender Eigenschaften besitzt die Gerbsäure vermöge ihrer Fähigkeit, mit den basischen Farben zwei Reihen von Salzen, neutrale und saure, zu bilden, von denen erstere schwer, letztere

[1] *Diese Zeitschrift.* 1895. Bd. 20. pag. 599. Vgl. auch: Saure Kerne. *Dtsche. Med.-Ztg.* 1895. Nr. 42.

leicht löslich sind. Schwache Gerbsäure-Lösungen beizen daher nur, konzentrierte können nebenher auch entfärbend wirken, indem sie auf einzelnen Gewebsbestandteilen, die nur schwach sauer sind und daher nur wenig basische Farbe fixiert haben, die stark gerbesauren, leicht löslichen Farbsalze bilden. Daher ist ein mit basischer Farbe gefärbtes und mit konzentrierter Tannin-Lösung gleichzeitig gebeiztes und entfärbtes Gewebe reich an starken Farbkontrasten; neben viel entfärbtem Gewebe treten gewisse Bestandteile besonders stark und dauerhaft gefärbt hervor. Zu diesen Bestandteilen gehören die „sauren Kerne", von denen wir allein schon durch diese Farbreaktion wissen, dafs sie einen stark basophilen Kernsaft besitzen müssen.

Da aber immerhin das Eingreifen der Tanninbeize den Färbungsvorgang kompliziert, führte ich seinerzeit auch eine einfache Doppelfärbung ohne Beize an, welche denselben Satz noch klarer beweist. Ich zeigte, dafs ein uniform in Wasserblau schwach gefärbtes Gewebe, wenn es in Safranin-Lösung umgefärbt und dann durch sauren Alkohol entfärbt wird, um die blaue Farbe überall dort wieder hervorgerufen, wo Safranin gar nicht oder nur lose gebunden ist, einen scharfen Gegensatz zwischen gewöhnlichen und sauren Kernen aufweist. Bei ersterem ist der Kernsaft entfärbt oder schwach bläulich, bei letzterem dunkel-safraninrot.

Bei der Gentianafärbung der Kerne erwies sich die Jodierung wie bei der Darstellung des Fibrins, der Bakterien und Epithelfasern, als ein geeignetes Mittel, um eine Differenzierung zwischen gewöhnlichen und sauren Kernen hervorzurufen; ebenso gelang aber auch bei dieser Färbung die Darstellung der sauren Kerne mittelst konzentrierter Tannin-Lösung. Es zeigte sich übrigens hierbei ebenso wie bei der Färbung mit polychromer Methylenblau-Lösung, dafs die tannisierten, sauren Kerne eine abweichende, eine metachromatische basische Färbung aufweisen, bei Tannin-Gentiana eine rote, bei Tannin-Methylenblauderivaten eine violette.

Zur Charakteristik der „sauren Kerne" konnte ich aufser der wesentlichsten Eigenschaft des sauren Kernsaftes noch folgende Besonderheiten aufstellen. Sie zeichnen sich im allgemeinen durch ihre hervorragende Gröfse und längsovale Gestalt aus; ganz besonders riesig erscheinen gewisse saure Bindegewebskerne in tuberkulösen und leprösen Hautaffektionen. Sie besitzen ein regelmäfsiges, zartes Chromatinnetz und ein bis zwei Kernkörperchen von normaler Tingibilität. Wenn auch hauptsächlich und besonders zahlreich bei den verschiedensten pathologischen Prozessen (Lupus, Lepra, spitzes Kondylom) auftretend, finden sie sich doch auch in normaler Haut, z. B. regelmäfsig im Fettgewebe. Ihre Verteilung in den Epithelgeschwülsten, wo es uns leicht ist, das Alter der Zellen je nach ihrer Lage nahe der Bindegewebsgrenze

und nahe der Verhornungsgrenze zu bestimmen, beweist, dafs sie schon unter ganz jungen Epithelien[2], nämlich in der Keimschicht, mit allen Besonderheiten auftreten, zeigt aber zugleich auch, dafs sie ohne jede weitere Veränderung, ohne jede Altersatrophie und Degeneration, mithin als eigentümlich stabile, unveränderliche Gebilde bis zur Verhornungsgrenze aufrücken. Endlich ist auch noch hervorzuheben, dafs die Mitosen an denselben Schnitten nirgends einen sauren Kernsaft aufweisen, also, wie es scheint, nur in normalen Kernen mit nicht saurem Karyoplasma sich entwickeln können. Aus allen diesen damals bekannten Tatsachen: der Abwesenheit von Mitosen, der eigentümlichen Stabilität und der ungewöhnlichen Gröfse schlofs ich, dafs es sich bei den sauren Kernen: um sterile Kerne handelt, die durch Abgabe von Chromatin an den Kernsaft ihre normale Entwicklungs- und Teilungsfähigkeit verloren haben.

Seit jener Zeit habe ich wiederholt an demselben pathologischen Material das Studium der sauren Kerne aufgenommen, ohne wesentlich Neues zu finden. Die Untersuchung der Greisenhaut[3] ergab einen auffallenden Reichtum an sauren Kernen in allen Teilen der Haut, ein Umstand, der mit der von mir gewonnenen Anschauung, dafs die sauren Kerne nicht mehr teilungsfähig seien, gut in Übereinstimmung zu sein schien. Demgegenüber fand ich nun aber neuerdings zu meiner Überraschung, dafs die sauren Kerne sich bereits in verschiedenen embryonalen Geweben (Knorpel, Haut, Darm), ferner beim Neugeborenen und bei jugendlichen Personen und zuweilen in grofser Menge nachweisen lassen. Sie spielen mithin bereits unter normalen Verhältnissen eine weit gröfsere Rolle, als ich früher wufste und sind keineswegs an pathologische Veränderungen oder an die Seneszenz der Gewebe gebunden. Damit erwächst aber die Aufgabe — und zwar für die Anatomen und Embryologen ebensowohl wie für die Pathologen — diese nur durch besondere Färbungsmethoden nachweisbare Kernart systematisch zu erforschen. Erst nachdem wir über ihre Verbreitung und Entstehung in allen Geweben unter normalen und pathologischen Verhältnissen Aufschlufs erlangt haben, wird sich ein richtiges Bild von ihrer biologischen Bedeutung gewinnen lassen.

Für die Dermatologie sind die nächstliegenden Fragen natürlich, welche Rolle die sauren Kerne in der normalen Haut spielen, wann sie zuerst in derselben auftreten und ob das Lebensalter einen Einfluſs auf ihr Vorkommen besitzt.

Um der Lösung dieser Fragen näher zu kommen, veranlafste ich meinen Assistenten, Herrn Hensel, eine ausgedehnte Untersuchung über

[2] Bei unterbliebener Zellteilung nach erfolgter Kernteilung findet man zuweilen von zwei Kernen in einer Kernhöhle den einen normal, den anderen sauer.

[3] Unna, Purpura senilis. *Dtsche. Med.-Ztg.* 1895. Nr. 82.

das Vorkommen der sauren Kerne in normaler Haut anzustellen, während ich mich selbst mit der Technik ihrer Darstellung in allen solchen Geweben beschäftigte, in welchen sie schwieriger nachzuweisen sind. Es unterliegt nämlich keinem Zweifel, dafs diese Kerne in ihrer Eigenart schon viel besser bekannt sein würden, wenn ihre Darstellung überall so leicht wäre, wie im spitzen Kondylom, bei der Lepra und dem Lupus. Hier kommt ihrem Studium zur Hilfe, dafs sie von breiten Räumen umgeben sind, an denen das Gewebe eine ganz andere Tingibilität zeigt, so dafs sie verhältnismäfsig leicht in Kontrastfarbe darstellbar sind und im Bilde auffallend hervortreten. Eine solche indifferente Umgebung liefert beim spitzen Kondylom das grofszellige Deckepithel, bei der Lepra das Bazilleninfiltrat, beim Lupus die Masse von homogenisierten Zellen. Aber schon im kleinzelligen Deckepithel der normalen Haut liegen die Kerne so dicht und die ebenfalls stark saure Hornschicht so nahe, dafs bei basischer Färbung und Tanninbeize alle feineren Differenzen in der Oberhaut unter der allgemeinen Überfärbung verschwinden. Bei kurzer Tanninentfärbung z. B. der Gentianapräparate sind dann alle Kerne dunkelgefärbt, bei langer alle entfärbt, ohne dafs auf einer mittleren Stufe die sauren Kerne vor den übrigen deutlich hervorgetreten wären.

Eine ebenso grofse Schwierigkeit bereitet die übliche Fixation des Gewebes mit Metallsalzen und Säuren, da sie nämlich zugleich als eine präparatorische Farbenbeize wirkt und sich zu der späteren, auslesenden Tannin- oder Jodbeize als positiver oder negativer Faktor hinzuaddiert. So erwies sich beispielsweise die zur Fixierung der Kernstrukturen und Mitosen soviel gebrauchte Chromsäure geradezu als ein Hindernis für die spätere Darstellung der sauren Kerne, die für die Kernstrukturen so wenig geeignete Müllersche Lösung dagegen als ein vorzügliches Fixierungsmittel für saure Kerne. In diesen Verhältnissen liegt es wohl hauptsächlich begründet, dafs die sauren Kerne auch im letzten Jahrzehnt trotz des allseitigen Gebrauches sowohl der basischen Farben wie der Tannin- und Jodbeizen der Aufmerksamkeit entgangen sind.

Zu vergleichenden Versuchen an der normalen Haut stand mir die zu anderem Zwecke in Celloidin eingebettete, normale Fufssohlenhaut eines Erwachsenen zur Verfügung, welche in folgenden Flüssigkeiten fixiert war: Alkohol, Flemmings Lösung, Müllers Lösung, Formalin, Chromsäure, Zenkers Lösung. Ich stelle die Resultate in einer Tabelle übersichtlich zusammen, zu deren Verständnis einige Vorbemerkungen nötig sind. Zwölf Methoden waren es hauptsächlich, deren ich mich in den letzten Jahren zur Untersuchung der sauren Kernen an in Alkohol gehärteten, pathologischen Geweben abwechselnd bedient hatte. Diese lerprobten Methoden galt es vor allem an dem eben genannten Materia zu versuchen, welches die zweifache Schwierigkeit für die Darstellung der

sauren Kerne bot, eine färberisch ungünstige Umgebung der sauren Kerne und eine Fixierung in für diesen Zweck durchaus differenten Lösungen. Es erwiesen sich denn auch nur vier Färbemethoden und drei Fixierungsflüssigkeiten als durchaus geeignet für die Darstellung der sauren Kerne unter so erschwerten Verhältnissen, und nur diese können fortan als allgemein brauchbare Darstellungsmethoden gelten. Dagegen bleiben unter den anderen Methoden nach wie vor einige vorzügliche für die feinere Untersuchung pathologischer, in Alkohol fixierter Gewebe in Kraft, welche über die Struktur, den Chemismus, die Entwicklung der sauren Kerne und ihr Verhältnis zu den gewöhnlichen Kernen in Einzelfällen besseren Aufschluſs geben.

Unter jenen zwölf Methoden befinden sich mehrere, über welche ich früher noch keine Mitteilungen gemacht habe und die ich daher hier kurz besprechen muſs.

Die Gentiana—Jod—Tannin-Methode (Nr. 7) erwuchs aus der allgemeinen Erfahrung, daſs für manche Zwecke eine Häufung gleichsinnig wirkender Beizen (in diesem Falle die beiden sauren Beizen: Jod und Tannin) die Farbenauslese zu verstärken geeignet ist.

Als besonders wirksam zur Differenzierung der beiden Kernarten hatte sich sodann eine Präokkupation des Gewebes mit unangesäuerter Grübler'scher Orcëinlösung erwiesen (Nr. 8). Dieselbe hat eine ziemlich bedeutende Affinität sowohl zum Protoplasma und den normalen Kernen wie hauptsächlich zu der durch ihre starke Basophilie störenden Hornschicht, präokkupiert dagegen die sauren Kerne relativ wenig. Sie modifiziert daher die Umgebung der sauren Kerne an den Schnitten (ähnlich wie die Müller'sche Lösung am frischen Gewebe) in der gewünschten Richtung.

Die beiden neueren Methoden Nr. 10 und Nr. 11 beruhen auf dem Prinzip einer Vorbeize mit Eosin. So wenig die jetzt soviel gebrauchte modifizierte Pappenheim'sche Doppelfärbung mit Methylgrün und Pyronin an sich geeignet ist, die sauren Kerne hervortreten zu lassen, so vorzüglich eignet sie sich an pathologischen Geweben dazu, wenn man eine Färbung mit meiner Wasserblau+Orcëin+Eosin-Mischung (Grübler) vorausschickt. Die sauren Kerne erscheinen dann dunkelrot auf bläulichem Grund. Die Untersuchung mit den drei einzelnen sauren Farben dieser Mischung ergab nun, daſs diese Auslese lediglich auf das Eosin zurückzuführen ist, so daſs eine einfache Eosinvorfärbung (Methode Nr. 11) ebenfalls brauchbare Resultate gibt. Wie bei der Malariafärbung dient hier das saure Eosin nicht als solches als Färbemittel, sondern erst in Verbindung mit einem basischen roten Farbstoff.

Daſs ferner die Gentiana+Alaun-Mischung (Grübler) einen soviel breiteren Raum einnimmt (Nrn. 2, 6, 7, 8) als die gebräuchlichere Gentiana

+Anilin-Mischung (Nr. 9) hat seinen Grund in ihrer gleichmäfsigeren und daher zuverlässigeren, wenn auch etwas weniger brillanten Durchfärbung des Schnittes in allen seinen Teilen.

Ein Kreuz (×) in dieser Tabelle bedeutet eine brauchbare, zwei Kreuze (××) eine vorzügliche Darstellung der sauren Kerne, eine Null (0) eine mangelhafte oder ausbleibende Färbung, sei es, dafs die Färbung zu schwach oder die Färbung der Umgebung, wie meistens, zu stark ausfällt.

Darstellung saurer Kerne an normaler Haut

mittelst der Färbemethode Nr.:	nach Fixation in					
	Alkohol	Flemmings Lösung	Müllers Lösung	Chromsäure	Formalin	Zenkers Lösung
1. Polychrome Methylenblaulösung—Tannin	××	××	××	0	×	0
2. Gentiana+Alaun—Tannin	××	×	××	0	×	0
3. Safranin—Tannin	0	0	××	0	×	0
4. Karbolfuchsin—Tannin	0	××	××	(×)	×	0
5. Haematëin+Alaun—Karbolfuchsin—Tannin	0	0	0	×	0	0
6. Gentiana+Alaun—Jod	×	0	0	0	0	0
7. Gentiana+Alaun—Jod—Tannin	×	0	0	(×)	×	0
8. Orcëin—Gentiana+Alaun—Tannin	××	××	××	0	×	0
9. Gentiana+Anilin—Jod	×	0	0	0	(×)	0
10. Wasserblau+Orcëin+Eosin—Karbol+Methylgrün+Pyronin	0	0	0	0	0	0
11. Eosin—Karbol+Methylgrün+Pyronin	0	0	0	0	0	0
12. Wasserblau—Safranin— s. Alkohol	0	0	0	0	0	0

Eine Durchsicht der Horizontalreihen ergibt, dafs eigentlich nur vier von den zwölf Färbemethoden für die normale Haut in Betracht kommen (Nrn. 1, 2, 4, 8), welche als entfärbende Beize sämtlich Tannin enthalten und als Farben: die polychrome Methylenblau-Lösung, Gentiana+Alaun und Karbolfuchsin. Besonders bewährt hat sich die Vorfärbung mit Orcëin und Nachfärbung mit Gentiana+Alaun (Nr. 8). Auffallend ist die geringere Brauchbarkeit des Safranins, dieses eminenten Kernfärbe-

mittels gegenüber dem Karbolfuchsin; es liegt dieses daran, daſs Safranin mit der Tanninbeize auch die gewöhnlichen Kerne zu stark färbt. Die feinen Farbenkontraste der Methoden Nrn. 5, 10, 11, 12 gelangen bei der normalen Haut auch nicht zur Wirksamkeit, die der letzten drei Methoden schon deshalb gröſstenteils nicht, weil sie allein auf in Alkohol fixierte Gewebe anwendbar sind.

Durchsieht man die vertikalen Reihen, so ergibt sich die völlige Unbrauchbarkeit der ZENKERschen Lösung und die nahezu völlige der Chromsäure. Die letztere gibt mit Karbolfuchsin—Tannin und Gentiana—Jod—Tannin allerdings in der Cutis brauchbare Bilder der sauren Kerne, aber nicht im Epithel, was ich mit (×) bezeichnet habe. Formalinfixierung ergibt mit den meisten Methoden einigermaſsen brauchbare Resultate, aber sie ist doch nicht empfehlenswert, da die sauren Kerne nur wenig farbkräftiger ausfallen als die gewöhnlichen.

Ganz vorzüglich bewährt sich neben der Fixation in Alkohol die in MÜLLERscher Lösung und beinahe ebensogut die in FLEMMINGS Lösung. In MÜLLERscher Lösung fixierte Haut läſst sogar mit Safranin und Tannin eine hervorragend gute Darstellung der sauren Kerne zu. Es hängt dieses offenbar mit der Schädigung zusammen, welche das Chromatin der gewöhnlichen Kerne in der MÜLLERschen Lösung erleidet.

Wer an das Studium der sauren Kerne in normalem Gewebe herangeht, wird mithin gut tun, sein Material nur in diesen drei Flüssigkeiten (Alkohol, MÜLLERS und FLEMMINGS Lösung) zu fixieren. Eine solche Fixation vorausgesetzt, lauten dann die Formeln der vier besten Färbemethoden für saure Kerne in normalem Gewebe:

I.

Polychrome Methylenblaulösung—Tannin-Methode.

1. Polychrome Methylenblaulösung. 2 Minuten.
2. Abspülen in Wasser.
3. 30 %ige wässerige Tannin-Lösung. 10—15 Minuten.
4. Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.

II.

Gentiana+Alaun—Tannin-Methode.

1. Gentiana+Alaun-Lösung (GRÜBLER). 2 Minuten.
2. Abspülen in Wasser.
3. Lösung von Tannin 25 Teile, in Wasser 25 Teile und Spiritus 50 Teile. 20—30 Minuten.
4. Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.

IV.

Karbolfuchsin—Tannin-Methode.

1. ZIEHLsche Karbolfuchsin-Lösung. 5 Minuten.
2. Abspülen in Wasser.
3. 30 %ige wässerige Tannin-Lösung. 30 Minuten.
4. Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.

VIII.

Orcëin—Gentiana+Alaun—Tannin-Methode.

1. (Nicht angesäuerte) Orcëin-Lösung (1%) (Grübler). 10 Minuten.
2. Gründliches Auswaschen in Alkohol.
3. Wasser.
4. Gentiana+Alaun-Lösung (Grübler). 2 Minuten.
5. Abspülung in Wasser.
6. Lösung von Tannin 25 Teile, in Wasser 25 Teile und Spiritus 50 Teile. 20—30 Minuten.
7. Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.

In den Methoden II und VIII, von denen ich als beste die allerdings etwas umständlichere Nr. VIII empfehle, wird Beize und Entfärbung mittelst einer konzentrierten Tannin-Lösung vorgenommen, welche spiritushaltig ist. Diesen Zusatz von Spiritus habe ich absichtlich gemacht, um die so schon erhebliche Dauer der Entfärbung abzukürzen und die Differenzierung der sauren Kerne von den übrigen Kernen zu erleichtern. Je dichter die sauren Kerne von anderen stark basophilen Elementen (Chromatin, Keratin usw.) umlagert sind, um so wichtiger ist dieser Spirituszusatz bei Gentianafärbung, also besonders in normaler und seniler Haut. Beispielsweise wirken also in der Methode Nr. VIII nicht weniger als drei Umstände zusammen, um die sauren Elemente der Umgebung gegenüber den „sauren Kernen" abzuschwächen: 1. die Präokkupation mittelst Orcëins, 2. der Ersatz der gebräuchlichen Gentiana+Anilin-Lösung durch die Gentiana+Alaun-Lösung und 3. der Spirituszusatz zur Tanninbeize. Sämtliche vier Methoden lassen sich natürlich auch für die Darstellung der sauren Kerne in solchen Geweben verwenden, in denen diese leicht darstellbar sind (z. B. Lupus, Lepra, spitzes Kondylom). Aber es empfiehlt sich, für diese Fälle bei Gentianafärbung die spiritushaltige Tannin-Lösung durch die gewöhnliche, wässerige, konzentrierte (30%ige) zu ersetzen.[4] Diese wässerige Tannin-Lösung entfärbt bei Gentianafärbung pathologische Gewebe ungefähr ebenso rasch wie die spirituös-wässerige die normale Haut. Für alle folgenden Methoden, die nur für das Studium der sauren Kerne in pathologischen Geweben berechnet sind, ist als allein zuverlässig die Fixierung in absolutem Alkohol anzuraten.

III.

Safranin—Tannin-Methode.

1. Wässerige 1%ige Safraninlösung. 10 Minuten.
2. Abspülen in Wasser.
3. 30%ige, wässerige Tannin-Lösung. 10—15 Minuten.
4. Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.

---

[4] Nur mittelst einer solchen erhält man bei den Methoden Nr. 2, 7, 8 regelmäßig die metachromatische Rotfärbung der sauren Kerne mit Gentiana.

V.

Haematëin+Alaun—Karbolfuchsin—Tannin-Methode.

1. Haematëin+Alaun-Lösung. 5—10 Minuten, je nach der Stärke der Lösung und Dicke der Schnitte.
2. Abspülung in Wasser.
3. Ziehlsche Karbolfuchsin-Lösung. 5 Minuten.
4. Abspülen in Wasser.
5. 30 %ige, wässerige Tannin-Lösung. 30 Minuten.
6. Waser, Alkohol, Öl, Balsam.

Diese Methode, bei welcher der Kernsaft der gewöhnlichen Kerne das Haematëin, der der sauren Kerne das Fuchsin annimmt, gibt nur beim spitzen Kondylom gute Resultate.

VI.

Gentiana+Alaun—Jod-Methode.

1. Gentiana+Alaun-Lösung (Grübler). 2 Minuten.
2. Abspülen in Wasser.
3. Lugolsche Lösung. 2 Minuten.
4. In Wasser abspülen.
5. In Alkohol abspülen, bis keine Farbe mehr abgegeben wird.
6. Öl, Balsam.

VII.

Gentiana+Alaun—Jod—Tannin-Methode.

1. Gentiana+Alaun-Lösung (Grübler). 2 Minuten.
2. Abspülen in Wasser.
3. Lugolsche Lösung. 2 Minuten.
4. In Wasser abspülen.
5. 30 %ige, wässerige Tannin-Lösung. 30 Minuten.
6. Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.

IX.

Gentiana+Anilin—Jod-Methode.

Genau wie Methode VI, nur mit Ersatz der Gentiana+Alaun-Lösung durch die gebräuchliche Lösung von Gentiana in Anilinwasser. Die Färbung ist etwas brillanter, aber nicht ganz so zuverlässig in bezug auf isolierte Hervorhebung der sauren Kerne.

X.

Wasserblau+Orcëin+Eosin—Karbol+Methylgrün+ Pyronin-Methode.

1. Wasserblau+Orcëin+Eosin-Mischung (Grübler). 15 Sekunden.
2. In Wasser abspülen.
3. Karbol+Methylgrün+Pyronin-Mischung (Grübler). 10 Minuten in der Wärme (37 °) im Reagierglas.
4. Reagierglas mit den Schnitten rasch in kaltem Wasser abkühlen.
5. Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.

XI.

Eosin—Karbol+Methylgrün+Pyronin-Methode.

1. Wässerige Eosin-Lösung. 15 Sekunden.
2. Wasser.
3. Karbol+Methylgrün+Pyronin-Mischung (Grübler). 10 Minuten warm.

u. s. f. wie in Methode X.

Die Methoden X und XI haben sich hauptsächlich beim Lupus und spitzen Kondylom bewährt; ihr Hauptwert liegt in der Differenzierung der verschiedenen Kerne der tuberkulösen Riesenzellen.

XII.

Wasserblau—Safranin—saurer Alkohol-Methode.

1. 1%ige Wasserblau-Lösung. 1 Sekunde.
2. In Wasser abspülen.
3. 1%ige Safranin-Lösung. 15 Minuten.
4. Alcohol absolutus mit 1%iger Salzsäure. Einige Sekunden bis zur vollkommenen Bläuung des Schnittes.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Diese Methode hat hauptsächlich theoretischen Wert, indem sie ohne Beize in unzweideutiger Weise die Oxyphilie des Kernsaftes der gewöhnlichen Kerne durch ihre wasserblaue Farbe und die Basophilie des Kernsaftes der sauren Kerne durch ihre safraninrote Farbe demonstriert. Für das sonstige Studium der sauren Kerne kommt sie weniger in Betracht. Besonders gut gelingt sie beim spitzen Kondylom.

Fig. 1.

Fig. 2.

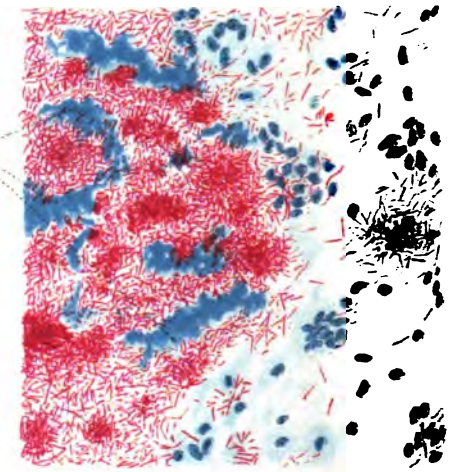


Fig. 3.

Davida Jadassohn del.

Lith. Anst. Julius Ehrkhardt Leipzig.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Die Zusammensetzung des Tuberkelbazillen-Schleimes. Zur Anatomie der Papageientuberkulose.

Von

Dr. Ernst Delbanco, Hamburg.

(Nach einer Demonstration im Hamburger ärztlichen Verein am 16. Mai 1905.)

Mit einer Tafel.

In *dieser Zeitschrift* (Bd. 26) hatte Unna 1898 über seine Untersuchungen zur Analyse des Leprabazillenschleimes berichtet. Die Präparate hatte er vorher auf dem Leprakongreſs zu Berlin demonstriert. Das überaus interessante Ergebnis läſst sich dahin zusammenfassen, daſs es Unna gelungen war, durch eine besondere Behandlung des in Alkohol gehärteten Materials vor der Färbung und durch eine dann folgende besondere Färbung den Bazillenschleim bezw. die Gloea aufzulösen in Bazillen. „Es verbleibt von dem ganzen Schleim kein Rest, es existiert zwischen den ihn zusammensetzenden Bazillen keine weitere Kittsubstanz, keine homogene Einbettungsmasse, welche die Leprazellen-Theoretiker als einen Rest degenerierten Protoplasmas in Anspruch nehmen könnten. Die scharfe Kontur des Bazillenschleimes, welche von Neisser öfters hervorgehoben wurde, hat wesentlich zu seiner Verwechslung mit Protoplasma beigetragen. Er wird, wie diese spezifische Färbung des Schleimes lehrt, aus abgestorbenen, die blaue Kontrastfärbung annehmenden Bazillen selbst gebildet. Wer diese Färbung studiert, wird sehr bald zu der Einsicht gelangen, daſs die Virchowsche Leprazelle, die nach Neisser die Bazillen beherbergt, in Wirklichkeit aus einer Anhäufung abgestorbener Bezillen besteht, welche zwischen sich eine gröſsere oder geringere Anzahl wohltingibler, säurefester Bazillen beherbergen.“

Unna war ausgegangen von den Bazillen-Präparaten, die ihm eine gute Osmierung des Lepramaterials geliefert hatte. Der Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbazillen hatte Unna bekanntlich aus der Reduktion der Überosmiumsäure erschlossen. Mittels der Osmiumreduktion lösen sich die ganzen Klumpen der Leprabazillen in mehr oder weniger osmierte Bazillen auf. Indem ich auf die detaillierten Unnaschen Vorschriften für eine zweckmäſsige Osmierung des Materials verweise, will ich hier mit Unnas eigenen Worten den Weg angeben, auf welchem er zu seinem Ergebnis gelangt war.

„Wenn nun auch die auf die Fettreaktion des Bacillus und des Bazillenschleims sich gründenden Darstellungen (die übrigen mittels Alkanin und Cyanin siehe *Histopathologie der Haut*, S. 610, 611) eine ziemlich befriedigende Anschauung über deren gegenseitiges Verhältnis gewähren, so habe ich doch unablässig weiter nach Methoden gesucht, die sich auf den Rest an Eiweifsgehalt des Bazillenschleimes stützend, den letzteren mit den basischen Farbstoffen darzustellen erlauben. Denn diese geben nun einmal, dank der für sie bereits hochentwickelten Entfärbungstechnik, im allgemeinen die schärfsten Bilder. Mit Erwähnung der hierauf abzielenden Methoden will ich den Leser nicht ermüden. Den richtigen Weg zeigte, wie gewöhnlich gegen alle Erwartung, eine zufällige mikroskopische Beobachtung.

Ich beschäftigte mich mit der Untersuchung von Lepraknoten, welche auf verschiedene Weise in vivo geätzt waren. Unter diesen zeigten die mit rauchender Salpetersäure geätzten Präparate ein eigentümliches Verhalten der Bazillenklumpen im Bereiche des Ätzschorfs. Färbte man nämlich die Schnitte mit der polychromen Methylenblaulösung und entfärbte in Glycerinäthermischung, so nahmen die Klumpen als Ganzes einen blauvioletten Farbeton an, und wenn die Bazillen vorher mit Karbolfuchsin rot gefärbt waren, so lagen bei nachfolgender Methylenblaufärbung die roten Bazillen im blauvioletten Bazillenschleim. Diese eigentümliche Reaktion des Bazillenschleimes reichte genau so weit, wie die Einwirkung der Salpetersäure auf das umgebende Hautgewebe, was an dem Schwund der Tingibilität des Protoplasmas und Kollagens im Bereich der Ätzung leicht zu erkennen war. Es lag daher der Schlufs nahe, dafs die sonst so schwer färbbare Gloea in diesem Falle durch Salpetersäureätzung in einen für Methylenblau tingiblen Zustand übergeführt sei.

Selbstverständlich verfolgte ich diese auffallende Tatsache sofort weiter und behandelte zunächst, da mir zurzeit nur in Alkohol gehärtetes Material, dagegen kein frisches zu Gebote stand, Schnitte aus Alkoholmaterial vor der Färbung mit Salpetersäure in verschiedenen Konzentrationen. Stärkere Lösungen als 2 %oige ergaben keine Resultate; letztere wurden aber viel besser, als ich zu ganz schwachen Prozentuierungen fortschritt. Am besten bewährte sich eine 1 %oige Lösung, in der die Schnitte zwei Stunden verweilten, ehe sie gefärbt wurden. Bei zweckmäfsiger Doppelfärbung zeigten solche Schnitte in der Tat die roten Bazillen überall eingebettet in eine glasklare, blaue Gloea.

Noch sicherer und besser wurden die Färberesultate, als ich frisches Knotenmaterial in 1 %oige Salpetersäure einlegte und nach Alkoholhärtung die Schnitte derselben Doppelfärbung unterzog. Ich will die jetzt in meinem Laboratorium geübte Methode ganz genau mitteilen.

Färbung des Lepraschleims in Hautschnitten.

1. Fixierung der Haut in möglichst kleinen Stücken in 1 %oiger Salpetersäure zwei Stunden; dann Härtung in Alkohol, Einbettung in Celloidin. Die Schnitte werden von Celloidin befreit.

2. Nachdem die Schnitte (etwa sechs auf einmal) auf einem Objektträger mäfsig angetrocknet sind, Färbung der Bazillen durch einige Tropfen Karbolfuchsin (Ziehl) eine Stunde, Abspülen der gefärbten Schnitte in Wasser, 33 %oiger Salpetersäure, Spiritus dilutus und Wasser, wobei sie allmählich in ein Schälchen, schwach rosa gefärbt, zurückgespült werden. (Durch die vorherige Antrocknung ist die Bazillenfärbung den späteren Färbungen gegenüber absolut beständig geworden.)

3. Färbung des Protoplasmas, der Kerne, des Kollagens und des Bazillenschleims mittels polychromer Methylenblaulösung, eine halbe Stunde im Schälchen, Abspülung in Wasser.

4. Ent- und Umfärbung des Kollagens durch neutrale 1%ige Orceinlösung (Grübler) eine halbe Stunde, Ausspülung in Alcohol absolutus fünf Minuten, Wasser. (Bei dieser für Hautschnitte sehr wesentlichen Entfärbung des Kollogens tritt auch eine mäfsige Entfärbung der Kerne und des Protoplasmas ein, die nicht zu vermeiden ist, ohne übrigens das Protoplasma und speziell die Plasmazellen unkenntlich zu machen. Die Färbung der Gloea leidet durch Orcein gar nicht.)

5. Der Schnitt wird auf dem Objektträger mittels Fliefspapier angetrocknet und mit Anilinöl + 1% Salpetersäure so lange entfärbt, bis der Schnitt einen reinen Orceinton annimmt; Abspülen in Anilinöl, Xylol und Einbettung in hartem Kanadabalsam, der vorher durch Kochen mit Chloroform von ätherischen Ölen befreit ist und durch Erwärmung verflüssigt wird. (Nur in solchem Balsam hält sich die Färbung der Leprabazillen unbeschränkt.)"

Durch diese Doppelfärbung glaubte Unna auch eine basische Kontrastfärbung zwischen lebenden und toten Bazillen im Gewebe gefunden zu haben. Die ersteren nehmen in voller Schärfe das Fuchsinrot, die letzteren das gleichfalls basische Methylenblau der Gegenfärbung an. Bislang habe man auf die geschwundene Vitalität der Bazillen aus der abnehmenden Färbbarkeit geschlossen oder aus der Darstellungsfähigkeit durch saure Farben, welche nichts weniger als deutliche Bilder lieferten. Es lag Unna nahe, die gleiche Methode für Tuberkelbazillen zu verwenden. Da entsprechendes histologisches Material ihm nicht zu Gebote stand, so legte er Schnitte durch ältere Tuberkelbazillenkulturen. An einigen Stellen, besonders vom Nährboden mehr abgewandten, fand Unna ein dem Lepraschleim analoges Bild: eine ungefärbte, bei starker Abblendung streifige, nach aufsen scharf konturierte Masse, in welcher einzelne spezifisch gefärbte (fuchsinrote) Bazillen eingelagert sind. Eine Vorbehandlung der Kultur mit Salpetersäure liefert in Schnitten, bei deren Färbung wegen des fehlenden kollagenen Gewebes die Orceintinktion wegfällt, wieder die Möglichkeit, den Tuberkelbazillenschleim in Stäbchen aufzulösen.

Färbung des Tuberkelbazillenschleims in Kulturen.

„1. Ein Stück der Tuberkelkultur wird mit dem Glycerinagar ausgestochen, zwei Stunden in 1%ige Salpetersäurelösung gebracht, darauf in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet.

2. Schnitte kommen (mit dem Celloidin) in Wasser, werden einzeln auf dem Objektträger angetrocknet, eine halbe Stunde mit einigen Tropfen Karbolfuchsin bedeckt, mit Salpetersäure (33%), Spiritus dilutus und Wasser abgespült.

3. Gegenfärbung auf dem Objektträger mit polychromer Methylenblaulösung eine halbe Stunde, Abspülung mit Wasser.

4. Abtrocknung des Schnittes auf dem Objektträger mit Fliefspapier, sorgfältige Entfernung des Celloidins durch Auftropfen von Ätheralkohol.

5. Abtrocknung des Schnittes mit Fliefspapier, Entfernung mittels Anilinöl + ½% Jod + ½% Tannin, Abspülung mit Anilinöl, Xylol und Einbettung in Balsam."

So ansprechend die Unnasche Annahme erscheinen mufs, dafs die das Fuchsin annehmenden und einer Säure-Alkoholeinwirkung gegenüber festhaltenden Bazillen als lebende, dafs die das Methylenblau bei der

Gegenfärbung annehmenden Bazillen (welche den bei der Osmierung weniger schwarz erscheinenden entsprachen) als abgestorben zu betrachten sind, — so ansprechend auch eine solche Annahme ist, ein exakter Beweis liegt meines Erachtens noch nicht vor. Die Skepsis wird im Gegenteil um so berechtigter sein, als gewichtige Stimmen ja schon vor längerer Zeit den Gedanken äufserten, dafs ein grofser Teil der mit dem Sputum ausgeworfenen, in spezifischer Weise gut färbbaren Stäbchen nicht mehr virulent, d. h. doch in ihrer eigentlichen Vitalität sehr herabgesetzt seien. Und bei der Lepra sind neuerdings Ideen aufgetaucht, welche die Stäbchen nur als Teilchen eines höheren Organismus betrachten. Sollten die Leprabazillen wirklich in Beziehung treten zu den öfters aus dem Lepragewebe gewonnenen Streptotricheen, so dürfte man bezüglich der Vitalität der einzelnen Stäbchen vielleicht zu neuen Schlüssen gelangen. Was wissen wir schliefslich über die Infektionstüchtigkeit der in der Leprahaut anzutreffenden Bazillen? Diese Frage hat mit der Toxizität der Leprabazillen für den befallenen Organismus, die angesichts der Lebensdauer und dem Allgemeinbefinden der Leprösen und angesichts der nach Milliarden zu schätzenden Zahl der Stäbchen nur gering sein kann, ebensowenig zu schaffen wie mit der Kontagiosität der Lepra als solcher.

Ein glücklicher Zufall hat mir die Möglichkeit gegeben, die Unna-schen Angaben über die Zusammensetzung des nur an Kulturen studierten Tuberkelbazillenschleimes an der Hand histologischer Präparate zu ergänzen. Das Material gewann ich bei der Fortsetzung meiner Studien über die Tuberkulose der Papageien (vgl. *Dermatol. Zeitschr.*, Bd. XII., Heft 4). In meiner ersten Arbeit habe ich die Literatur eingehend behandelt. Die Papageien interessieren uns im Hinblick auf die grofsen strittigen Fragen der Tuberkulose ganz besonders, weil sie neben dem Gaukler (vgl. Rabinowitsch, *Dtsch. med. Wochenschr.*, 1904) die einzige Vogelart sind, welche spontan sowohl an der Vogeltuberkulose wie an der Säugetiertuberkulose erkrankt. In meinen histologischen Notizen über die Zungentuberkulose des Papageies habe ich hingewiesen auf die aufserordentlich grofse Zahl von Bazillen, welche an die Lepraschnitte erinnern. Ich habe in den Präparaten, die von einem sicher durch Menschen infizierten Tier stammten, die Stäbchen viel kräftiger und länger befunden, als man ihnen bei der menschlichen Tuberkulose begegnet. „Die Tuberkelbazillen gewähren in der tuberkulösen Zunge des Tieres ein so eigenartiges, und im Vergleich mit den aus der menschlichen Pathologie bekannten Bildern ein so fremdartiges Bild, dafs es gerechtfertigt ist, darauf hinzuweisen, welch' eine interessante Veränderung in einer Generation die menschlichen Tuberkelbazillen in dem Gewebe des Vogels erfahren."

Der Papagei, welchem die in der beigefügten Tafel wiedergegebenen Präparate entstammen, zeigte ausgebreitete Veränderungen an der Haut,

den Conjunctiven und eine hochgradige Bronchialdrüsentuberkulose. Herr Dr. SCHÖNEWALD, welchem ich das Tier verdanke, hatte es vom Congo mitgebracht. Die Ätiologie der Tuberkulose war bei den zeitlichen Verhältnissen, unter welchen das Tier nach der Reise in Hamburg siech wurde, nicht gesichert. Die Familie, in welcher der Papagei gefüttert wurde, hatte kurz vor dem durch Chloroform herbeigeführten Ende des Tieres ein Kind an tukerkulöser Meningitis verloren. Die Entscheidung, ob an einer spontanen Vogeltuberkulose, die hier das wahrscheinlichere ist, ob an einer vom Menschen stammenden Tuberkulose das Tier gelitten hatte, wäre durch eine Übertragung des Drüsenmaterials auf Meerschweinchen zu erbringen gewesen, da diese sehr verschiedene Organveränderungen zeigen, je nach dem Tuberkulosematerial, mit welchem geimpft wird. Die Kulturen, von deren Züchtung ebenfalls aus äußeren Gründen Abstand genommen wurde, hätten auch zur Klärung der Ätiologie beitragen können. So beschränke ich mich auf eine Darstellung des histologischen Drüsenbefundes.

Das Protokoll kann kurz gefaßt werden. Die Bronchialdrüsen sind zum weitaus größeren Teile aufgegangen in eine käsige Masse. In der Peripherie der letzteren gewahrt man noch eine größere Zahl LANGHANSscher Riesenzellen und inmitten des erhaltenen Drüsengewebes weithin zerstreut vereinzelte oder in kleinsten Häufchen liegende Tuberkelbazillen. Zahlreiche polynukleäre Leukocyten werden an Zahl noch übertroffen von einkernigen Elementen, deren polymorph gestalteter Kern ein reichliches Chromatinnetz führt. Vereinzelte Cromatophoren. Die Gefäße sind strotzend gefüllt mit den kernhaltigen roten Blutelementen. An die Bronchialdrüse grenzt etwas Lungengewebe, welches bei der Präparation der Drüse mitgenommen wurde. Am Rande der Käsemasse und mitten in ihr liegen rote Klümpchen (vgl. Fig. 1), untermischt mit tiefblauen (bei der gewöhnlichen Karbolfuchsin - Methylenblautinktion). An der unteren Seite der Zeichnung gewahrt man auch eine Art Drusenbildung, das Zentrum ist rot, die Peripherie tiefblau. Die Käsemasse ist weiterhin beherrscht von hellblauen, mehr wolkenartigen, loser gefügten Massen. Fig. 2 gibt die Immersionseinstellung der nicht vorbehandelten, Fig. 3 die Immersionseinstellung der nach UNNA mit Salpetersäure vorbehandelten Schnitte. Die roten Klümpchen stellen nun nichts anderes als die Tuberkelbazillen in ihrer spezifischen Färbung dar. Ihre Länge beträgt durchschnittlich 4 μ, doch ist eine Messung erschwert, weil die meisten Stäbchen in Körnchen zerfallen sind. Die dunkelblauen und mehr mattblauen Partien zu enträtseln, war mir nicht ohne weiteres gelungen. Fibrin-, Schleim- und andere Färbungen hatten zu keinem Ergebnis geführt. Erst als ich mich ausgehend von dem Gedanken eines biologischen Zusammenhanges der roten Bazillenklumpen mit den blauen umsäumenden Massen der UNNAschen

ausführlich zitierten Arbeit erinnerte, gelang mir die Aufklärung. Die Schnitte wurden, wie schon erwähnt, in einer 1%igen Salpetersäure vorbehandelt und nach der skizzierten Trockenmethode gefärbt. Die Zwischenfärbung mit Orcein unterblieb bei den Präparaten, von welchen die Zeichnungen genommen wurden. Fig. 3 gibt die Auflösung der blauen Massen in die Stäbchen wieder. Die blauen Massen bedeuten also nichts anderes als sogenannten „Bazillenschleim", welcher in dieser Menge meines Wissens im tuberkulösen Gewebe noch nicht beschrieben worden ist.

Die Tuberkelbazillen und der Tuberkelbazillenschleim sind in den Bronchialdrüsen meines Papageies in einer Massenhaftigkeit vertreten, daſs die Ähnlichkeit mit Lepraschnitten aufs höchste überraschen muſs.

Die Tafelerklärung ergibt sich aus dem Text.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 76, Heft 3.

I. **Eine eigentümliche Carcinose der Haut (Carcinoderma pigmentosum Lang)**, von J. Pollitzer-Wien. Multiple primäre Carcinome der Haut, primär in dem Sinne, daſs jedes einzelne desselben aus eigener Matrix, wenn auch aus einer gleichen, hervorgeht, sind nicht sehr häufig. Sie umfassen eine kleine Reihe wohlbekannter und genauer untersuchter Krankheitsbilder, in deren Verlauf und als deren letzte Entwicklungsstufe eben die epithelialen malignen Tumoren auftreten. Es sind dies auf dem Gebiete epithelialer Neubildung Analoga zur Mykosis fungoides, die mit entzündlichen Veränderungen ekzemähnlicher Art beginnt und früher oder später zu multipler sarkomatöser Tumorenbildung führt. Diese Carcinome sind: 1. der Schornsteinfegerkrebs, 2. der Paraffinkrebs, 3. das Carcinom der Seemannshaut, 4. das Xeroderma pigmentosum Kaposi, 5. die senil-seborrhoischen Carcinome, 6. der Arsenikkrebs. Eine siebente Art ist das Carcinoderma pigmentosum Lang, von dem Verfasser einen Fall beobachtete. Es handelt sich um einen 52jährigen Beamten, welcher vor 28 Jahren Lues akquirierte, die unter entsprechender Behandlung und mehrmaligen Kuren heilte. Drei Jahre später bildete sich auf der Nase ein roter Fleck mit einer dünnen Kruste, welcher der Behandlung trotzte; es stellten sich vielmehr bald an den Nasenflügeln flachgeschwürige Stellen ein, daneben entstanden am Körper immer neue, meist runde, mit feuchten Schuppen bedeckte Flecken, die Haut bräunte sich; später entstanden überall dunkle Tupfen, die Geschwüre, besonders an der Nase, wuchsen. Jetzt ist die Krankheit universell, man bemerkt neben ausgesprochen tumorartigen, derben und geschwürig zerfallenen Knoten eine buntscheckige Verfärbung der Haut durch dichte Aussaat kleinster pigmentierter, flacher Knötchen am Stamm und den Extremitäten, daneben vereinzelt narbige, atrophische Stellen und eigenartige, circumskripte, serpiginöse, kreisförmige, schuppende Flecken, die an eine mykotische Affektion erinnern. Beide Hohlhände sind in der ganzen Fläche mit zahlreichen bis stecknadelkopfgroſsen, flachen, bis 1 mm tiefen, rund oder etwas kommaartig verlängerten, wie

mit einer Nadelspitze ausgestochenen Grübchen besetzt, die weniger dunkler gefärbt als die Umgebung erscheinen. Die histologische Untersuchung ergibt eine atypische Epithelwucherung, deren charakteristische Entwicklung zum epithelialen Neoplasma immer manifester wird. Dieses ist eine durch Wucherung der basalen Cylinderzellenschicht entstandenes Carcinom, entsprechend der grobwalzigen Form Unnas, mit der auch von Kreibich und Spiegler beschriebenen Bildung von Hohlräumen. Aufserdem zeigen die klinisch mykotischen Flecken ähnlichen, kreisförmigen Herde histologisch ein starkes, scharf begrenztes, entzündliches Infiltrat in der papillaren und subpapillaren Schicht der Cutis. Therapeutisch bewirkten Röntgenbestrahlungen eine allgemeine Rückwirkung der Krankheitserscheinungen und vor allem eine Vernarbung der Geschwüre nach verhältnismäfsig kurzer Zeit. Es handelt sich jedenfalls um eine eigenartige Carcinose, welche an Xeroderma pigmentosum erinnert; aber letzteres beginnt in den ersten Lebensjahren zuerst an Gesicht und Händen mit Erythemen, die Pigmentierungen sind ephelidenartig und bestehen daneben zahlreiche Atrophien und Angiome, während hier, beim Carcinoderma pigmentosum, die Erkrankung im 26. Lebensjahre am Stamme mit den eigenartigen annulären Flecken begann; die Pigmentierung betraf prominente Knötchen, die wie ein rauher Rasen fast diffus Hals und Stamm einnehmen, nicht in Ephelidenform. Auch die Acanthosis nigricans unterscheidet sich von diesem Bilde, da hier die papillare Dystrophie mit der Furchung, warzenartigen Verdickung und reibeisenähnlichen Veränderung der Haut an den bestimmten Stellen im Gegensatz zur Acanthosis fehlt und die Mundhöhle frei bleibt. Am besten wird man wohl das Carcinoderma pigmentosum ähnlich wie Kaposi das Xeroderma als eine Art präseniler Vegetationsstörung auffassen, dessen Ursache man nicht kennt.

II. **Klinische und bakteriologische Untersuchungen über das Ulcus venereum**, von B. Lipschütz-Wien. (Schlufs.) Von besonderem Interesse ist das Verhältnis des Ulcus venereum zu gewissen am Genitale vorkommenden Geschwürsformen, die klinisch ein Ulcus venereum vortäuschen, bei der bakteriologischen Untersuchung aber keine Ducrey-Bazillen erkennen lassen. Einen solchen Fall beobachtete Verfasser bei einer anämischen Frau, die im Laufe von drei Monaten wegen eines nicht im Anschlusse an geschlechtlichen Verkehr aufgetretenen Genitalleidens zweimal Spitalshilfe aufsuchte. Die Affektion beschränkte sich auf die Urethra und die Innenfläche der kleinen Labien und bestand in multiplen, ziemlich tiefgreifenden, eitrig belegten Substanzverlusten, die deutlich unterminierte Ränder aufwiesen. Diese Ulcera heilten spontan rasch, rezidivierten jedoch. Klinisch mufsten sie zuerst als weiche Geschwüre gedeutet werden. Aber die Untersuchungen auf Ducrey-Bazillen, dreimalige Inokulation waren negativ und stiefsen die Diagnose um. Es handelte sich um ein Ulcus pseudovenereum.

Im III. Teil handelt es sich um die Ulcera venerea der Vagina und Portio und der Urethra, die ja nicht selten sind, wie die angeführte Literatur zeigt. So beobachtete Verfasser auch an Fingers Klinik im Sommer und Herbst 1904 sieben Fälle von venerischen Geschwüren an der Vaginalportion oder in der Scheide oder an beiden Stellen, die er genau studierte und deren Verlauf er ausführlich anführt. Die Form war stets einheitlich. Die Ulcera sind entweder sehr deutlich oder mäfsig eleviert oder sie liegen im Niveau der Schleimhaut, nie sieht man wirkliche Substanzverluste, wie bei denen der Haut. Die Oberfläche ist graugelblichweifs, gestichelt oder leicht uneben und in der Mehrzahl der Fälle nicht mit Eiter bedeckt, sondern mit mäfsig festem Belag, der oft und mit Gewalt in kleinen Fetzen losgerissen werden kann. Die Form ist meist rundlich oder länglich, scharf umschrieben, die Ränder deutlich ausgeprägt, nicht angefressen, sondern rundlich, oft bogen- oder wellenförmig verlaufend

und meist von einem lebhaft roten Saum umgeben. Stehen zahlreiche Substanzverluste derart dicht beieinander, so hat es den Anschein, als würden sie sich abplatten; sie konfluieren jedoch nicht. Bis zur Akme bluten sie nicht bei Berührung, später tritt leichte Blutung ein. An der Portio können sie überall solitär sitzen oder konzentrisch das Orificium externum umkreisen, in der Vagina kommen sie überall vor. Im abgeschabten Sekrete kann man Fibrin, Eiterzellen und meist nur spärliche Ducreysche Bazillen nachweisen; mit demselben vorgenommene Inokulationen liefern stets typische Impfgeschwüre mit charakteristischem Bazillenbefund und oft auch Reinkulturen des Ducrey-Bacillus bei gelungener Züchtung. Die Prognose ist günstig. Therapeutisch empfiehlt sich energische Ätzung mit Acidum carbolicum, Einstreuen von Jodoform und Einlegen von reichlich Jodoformgaze in die Vagina.

Abschnitt IV ist der Differentialdiagnose zwischen der exulcerierten Papel und dem Ulcus venereum gewidmet, die oft schwer und fast unmöglich ist, wie eine Reihe prägnanter Fälle aus der Finger'schen Klinik zeigt. Hier liegt die Entscheidung in der mikroskopischen Untersuchung oder in der Impfung.

III. **Zur Kenntnis der Hyperkeratosen**, von F. Bering-Kiel. Klinische Beobachtungen, die Verfasser an der scharfen Trennung von Hyperkeratosis congenita und Ichthyosis zweifeln liefsen, veranlafsten ihn seit zwei Jahren zu eingehenden Studien über Verhornungsanomalien, deren Resultate mitgeteilt werden. Zuerst untersuchte B. einen Foetus mit Hyperkeratosis congenita und beschreibt er den genauen anatomischen Bau der einzelnen Affektionen. Dabei fand er, dafs mit der Mengenzunahme der Talgdrüsen auch die Dicke der Hornschicht wächst, jedoch sind die Talgdrüsen nicht die einzige Veranlassung der Hyperkeratose. Ferner wurde ichthyotische Haut untersucht; auch bei der Ichthyosis scheinen die Talgdrüsen nach Verfassers Untersuchungen eine wichtige Rolle zu spielen, sie unterscheidet sich nur durch die Dicke der Hornschicht von der Hyperkeratosis congenita. Die Hornmassen bei den Hyperkeratosen bestehen aus Hornzellen. Verfasser untersuchte ferner, ob mit der Hypertrophie der Hornschicht auch eine Art der Verhornung oder der physiologischen Verhornung, wie z. B. bei der Fufssohle, verbunden ist. Dabei bediente er sich hauptsächlich der Unnaschen Verdauungsversuche. Es ergab sich, dafs die Verdauung der Fufssohlenhornschicht ein regelmäfsiges Balkennetz und grofse Verdaulichkeit des Zellinnern ergibt, ebenso wiesen die verdauten, sehr feinen Schnitte am Clavus ein Balkennetz auf. An den verdauten Schichten von Hyperkeratosis congenita grenzen sich die Hornschichten scharf gegen die darunter liegenden Hautpartien ab, die nur in kleinen Fetzen anhängen. Es besteht kein allmählicher Übergang. Alle drei Arten, wie Fufssohle, Clavus, Hyperkeratosis congenita, lassen bei den Verdauungsversuchen ein feines Balkennetz mit leicht verdautem Zellinhalt zurück, während die Ichthyosis nur ein stellenweise erkennbares Netzwerk mit schwerverdautem Inhalt zurückläfst. Es ist also die Hyperkeratosis congenita keine eigentliche Verhornungsanomalie wie die Ichthyosis, verhornt ist immer nur die Peripherie der Zelle und nicht deren Inhalt. Als Färbemethode ergab die Gramsche beim Clavus überall gleichmäfsig rostbraune bis dunkelblaue Färbung der Hornmassen, von einem Spaltsystem durchzogen. Bei der Hyperkeratosis congenita ist die Hornschicht gleichmäfsig rostbraun bis dunkelblau gefärbt, von einigen hellblauen Partien unterbrochen, in denen Reste von Kernen zu erkennen sind; auch die Zellen der Körnerschicht sind leicht gefärbt. Die Hornschichten bei Ichthyosis sind gleichmäfsig dunkelblau gefärbt, während die Zellschichten im Rete Malpighi ungefärbt sind. Dahingegen sieht man die Wandungen der Haarpapillen bis in die unterste Schicht hinein mit Horn ausgekleidet, in denen man, je weiter nach unten, desto deutlichere Zellkonturen erkennen kann. Nach den Bildern, welche man durch die Gramsche Färbung erhielt, ist man wohl zu der

Folgerung berechtigt, den Talgdrüsen ein wichtiges Moment bei der Verhornung zuzuerkennen, sowohl bei der Ichthyosis als auch bei der Hyperkeratosis congenita. Um aber den Verhornungsprozefs ganz verstehen zu können, mufs man sich ein Bild machen von dem Zusammenhalten der Hornzellen untereinander, und dazu dient die Unnasche Wasserblau-Orcein-Eisessig-Safraninfärbung und ähnliche. So ergaben sich für die untersuchten Teile folgende Unterschiede in der Stärke der Verhornung: Während in der Fufssohle die violetten Zellen zahlreich sind, werden sie bei der Hyperkeratosis congenita schon recht selten, fehlen ganz bei der Ichthyosis und den Nägeln. Bei der Hyperkeratosis congenita sind noch eine Menge Zellen hellblau gefärbt, bei der Ichthyosis und den Nägeln nur noch wenig. Je enger und feiner das Relief, desto fester liegen die Hornzellen aneinander. Die Fasern, welche bei der Hyperkeratosis die Zellen durchziehen und bei der Ichthyosis zu deutlichen Leisten heranwachsen, möchte Verfasser als höher gelegene Partien der Zellen ansehen, mit denen sie sich mosaikartig aneinander legen, innig verbunden durch die kurzen Stacheln des Relief. Es bestehen also nur graduelle Unterschiede der Hyperkeratosen, welche bisher nicht das Recht geben, vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus eine scharfe Trennung der Hyperkeratosis congenita und Ichthyosis aufzustellen, ebenso ist der geringe Unterschied, der sich bei den Verdauungsversuchen zeigte, zu einer solchen Trennung nicht genügend. Beiden ist gemeinsam der grofse Einfluís der Talgdrüsen bei der Entstehung der Krankheiten. Sollte es sich durch klinische Untersuchungen herausstellen, dafs Übergänge zwischen den beiden Krankheiten existieren, dann könnte man eventuell die Scheidewand zwischen den beiden, nach Verfassers Ansicht gleichen Krankheiten fallen lassen. Vorläufig ist dieses nicht der Fall.

IV. **Bemerkungen zu den Methoden der Mikroorganismenfärbung von Waelsch und von Kraus**, von Richard Fischel - Bad Hall. Verfasser hat die Waelschsche Färbung dahin modifiziert, dafs er die Differenzierungsflüssigkeit, das 1%ige salzsaure Anilin, erwärmte. Dadurch erreichte er, dafs die von Waelsch auf zwei bis acht Stunden für 15—20 cm dicke Celloidinschnitte angegebene Differenzierungszeit durch die Erwärmung des HCl-Anilin für dünne Paraffinschnitte auf ein bis zwei Minuten, für Celloidinschnitte auf zehn Minuten, auf fünf bis zehn Minuten für Schuppen und Haare herabgesetzt wurde, so dafs die Waelschsche Methode jetzt nicht mehr die durch die Differenzierung notwendige Unterbrechung von zwei bis acht Stunden erfährt, sondern in continuo und in toto in 10—15 Minuten an Paraffinschnitten und 15—20 Minuten an Schuppen und Haaren ausgeführt werden kann. Kraus hat eine gute Methode für Pilzfärbungen in Schuppen und Haaren ausgearbeitet, welche gegenüber der Waelsch - Fischelschen Methode einige Vorteile haben, z. B. bedarf der Farbstoff, das Methylenazur, nicht erst der Herstellung, wie sie das Anilin-Wasser-Gentianaviolett erfordert, das Methylenazur ist unzersetzlich, das Anilin-Gentianagemisch mufs nach drei bis vier Wochen frisch hergestellt werden. Die Färbung erfordert trotz Herstellung klarer Bilder nur fünf bis sieben Minuten. Für Schnitte aber erweist sich die Waelshsche Färbung ihr überlegen, da sie eine Doppelfärbung gestattet, und im Gewebe der Kontrast der rotgefärbten Zellkerne (Kochenillalaun, Alaunkarmin usw.) und der tiefblau-violett gefärbten Pilze die Auffindung der letzteren erleichtert und die Beziehungen der Pilzlagerung zu den zelligen Elementen zu studieren gestattet. Bei der Krausschen Methode betreffen die Doppelfärbungen nur das kollagene Gewebe. So hat jede der beiden Methoden ihre bestimmten Indikationen.

V. **Zur Kenntnis der entzündlichen Atrophie des subcutanen Fettgewebes mit Bemerkungen zur Arbeit des Dr. Tokuyiro Suzuki**, von Karl Löwy - Prag. Die Resultate des Verfassers lauten:

1. Bei den subcutanen Injektionen des schwefelhaltigen Jodöls kam es unter anderem zu jenen typischen Veränderungen im subcutanen Fettgewebe, die uns als entzündlich-atrophische Veränderungen seit den klassischen Beschreibungen Czajewiczs und Flemmings und der übrigen Autoren zur Genüge bekannt sind.

2. Die von Suzuki beschriebenen, nach seiner Ansicht durch die mechanische Wirkung der eingespritzten Masse in den Gewebsspalten gebildeten einfachen oder konfluierenden Hohlräume verdanken ihre Entstehung nicht diesem mechanischen Momente, sondern entsprechen ihrer Entstehung nach jenen bei der entzündlichen Atrophie des Fettgewebes zur Beobachtung gelangenden Hohlräumen.

3. Die bei der Entzündung um den Fetttropfen auftretenden Zellen sind nicht ausschliefslich ihrem morphologischen Charakter nach als Leukocyten und Abkömmlinge fixer Gewebszellen anzusehen (Granulationsgewebe), sondern dieselben sind hauptsächlich Abkömmlinge von Fettgewebszellen, aus denen sie durch endogene Zellbildung hervorgegangen sind. Auf demselben Wege gelangt es auch zu der von Suzuki beschriebenen Riesenzellenbildung. Der Umstand, dafs diese von ihm als „Fremdkörperriesenzellen" gedeuteten Gebilde bei allen entzündlichen Prozessen im subcutanen Fettgewebe mit ihrem nachweisbaren Fettinhalte sich vorfinden, spricht zur Genüge gegen die Annahme, als ob es sich bei denselben wirklich um Fremdkörperriesenzellen handeln konnte. Die Entstehung von Wucherungsherden, die miliaren Tuberkeln oder Gummen sehr ähnlich sind, ist gleichfalls auf Kosten desselben Prozesses zu setzen. Die zentrale Nekrose in solchen Herden aber, die nach Suzukis Ansicht unter dem direkten, schädigenden Einflusse des schwefelhaltigen Jodöls entstand, kommt ebensogut bei vielen anderen entzündlichen Prozessen des subcutanen Fettgewebes, die mit einer entzündlichen Atrophie höheren Grades desselben einhergehen, zur Beobachtung (Erythema induratum) und scheint also nicht ausschliefslich auf die von Suzuki angegebene Weise zurückgeführt werden zu können, wenn von ihm auch eine Nekrose der Muskelfasern, durch dieselbe bewirkt, beobachtet worden ist. Nach diesen Auseinandersetzungen fällt daher nach Löwys Ansicht die Hypothese Suzukis, nämlich die der mechanisch entzündlichen Einwirkung des eingeführten Präparates auf das Unterhautzellgewebe. Dasselbe hat vielmehr im chemischen Sinne entzündungserregend auf dasselbe eingewirkt, in demselben die jetzt von Löwy beschriebenen Erscheinungen der entzündlichen Wucheratrophie hervorrufend, durch die auch eine durchaus plausible Erklärung für alle erhobenen histologischen Befunde gegeben werden konnte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVI, Heft 7 und 8.

Über Prostatektomie, von J. Verhoogen. Verfasser schildert die von ihm geübte Operationstechnik vom Damm aus, die er fast vollständig ebenso bereits 1896 beschrieben hat; nur läfst er jetzt den Kranken auf dem Bauche liegen und hat den Hautschnitt etwas verändert. Er hat die Operation jetzt 21 mal vollzogen, dabei einen Todesfall gehabt; die anderen waren von Heilerfolg begleitet; viermal blieben Harnröhrenfisteln zurück. Die schlimmste Komplikation ist Verletzung des Rectums, da dann sicher Fistel- oder Kloakenbildung eintritt; aufser dieser Operationsmethode vom Damm aus kann man die Prostata auch per Laparatomiam transvesicalem entfernen, doch ist die Methode nicht so gefahrlos, da man die Prostata stumpf mit dem Finger enukleiert, und dann eine buchtige Wundhöhle mit grofsen Venenplexus macht; Verfasser hat achtmal so operiert mit drei Todesfällen, alle an Infektion.

Die zuverlässige Diagnose von Blasensteinen mittels Röntgenaufnahmen, von Haberern. Um gute präzise Röntgenbilder zu erhalten, füllt Verfasser die Blase mit Luft und läfst dann die Röntgenaufnahme machen; während derselben mufs der Penis des Kranken fest mit der Hand umschnürt werden, um Luftentweichung zu verhindern. Drei beigegebene Abbildungen lassen die Brauchbarkeit des Verfahrens erkennen.

Eine neue Strikturbehandlung, von Paul Asch. Verfasser empfiehlt die mäfsig weiten Strikturen zur Erleichterung der Behandlung für den Kranken, der dabei seinen Geschäften nachgehen kann, im Urethroskop mit Jodtinktur zu ätzen, bezw. die narbigen Stränge mit dem scharfen Löffel auszukratzen. Die Methode ist wenig schmerzhaft, eigentlich nur das erstemal verursacht stärkere Reizung.

Über die Operation der vollkommenen Entmannung bei krebskranken Männern (Emuskulation totale), von Maximow. Die von einigen Franzosen, Spaniern und Italienern schon früher geübte Methode zur Operation des Peniscarcinoms, das auf das umliegende Gebiet übergegriffen hat, vor allem die Leistendrüsen infiziert hat, ist nicht allzu eingreifend und liefert gute Heilresultate. Verfasser hat sie zweimal geübt. Entfernt werden Penis, Hodensack, Samenstränge, Leistendrüsen; die Schwellkörper werden durchtrennt. Die Blutung ist nicht so stark, als man erwarten sollte.

Die Cystitis trigoni der Frau, von Arnold Heymann. Verfasser schildert als eine häufig, sowohl mit als ohne Genitalleiden bei Frauen vorkommende Erkrankung eine isolierte Cystitis des Trigonum. Früher wurden derartige Fälle viel als irritable bladder angesehen, da die Eiterabsonderung im Urin entsprechend dem kleinen befallenen Schleimhautabschnitt nur gering ist. Jetzt kann man mit dem Cystoskop die Diagnose exakt stellen. Bezüglich der Behandlung empfiehlt Verfasser in chronischen Fällen isolierte Ätzung des Trigonum durch einen geraden Urethraltubus mittels einer Stäbchensonde.

Über den Gebrauch der Katheterrohre, der Katheterhaken und des Katheterkorbes, von Goldberg. Verfasser empfiehlt die von ihm seit zwei Jahren ausprobierten Katheterrohre und ebenso die Glashaken und Drahtkörbe.

Einfaches Stativ für Cystoskope, Urethroskope und ähnliche Instrumente, von Ernst R. W. Franck. Verfasser empfiehlt das von ihm angegebene Stativ, das sich an jedem Untersuchungsstuhl anschrauben läfst und im wesentlichen aus einem biegsamen Metallschlauch besteht, an dem eine Klemme durch zwei Kugelgelenke nach allen Richtungen hin drehbar befestigt ist. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 9.

Exsudationen und Keratosen, von J. F. Selenew-Charkow. Zwischen den Keratosen und einigen exsudativen Prozessen besteht nach S. ein pathogenetischer und ätiologischer Zusammenhang; Keratosen können sich mit exsudativen Erscheinungen kombinieren, und manche rein exsudativen Formen können in Keratosen übergehen. Als Beweis dafür teilt S. einen Fall von Ichthyosis hystrix mit Blasenbildung (Ichthyosis hystrix bullosa) und einen Fall von Pemphigus foliaceus mit Übergang in Ichthyosis hystrix mit. Bei dem Kranken mit Ichthyosis hystrix fanden sich an den unteren Extremitäten symmetrisch angeordnet grofse pemphigoide Blasen; beide Prozesse hatten nach Ansicht S.s eine gemeinsame allgemeine Ätiologie und eine gemeinsame allgemeine Pathogenese (chronische Anomalie der Verhornung und chronisches Auftreten von Exsudation in Form von Pemphigusblasen auf vollständig normaler, nicht entzündeter und nicht veränderter Haut). In dem Falle von Pem-

phigus foliaceus war die Dorsalfläche der Füfse und die untere Hälfte der Unterschenkel mit schmutziggrauen Hornhautkolumnen bedeckt, die eine Höhe von $^{2}/_{3}$ cm erreichten und in ihrem Aussehen und in ihrer histologischen Beschaffenheit mit den Hornhautkolumnen bei Ichthyosis hystrix identisch waren. S. beschreibt die histologischen Befunde, die in diesen beiden Fällen gemacht wurden, sehr eingehend und schildert dann kurz noch die klinischen Erscheinungen und die histologischen Veränderungen, die in je einem Falle von Pemphigus vegetans und Dermatitis exfoliativa Wilson, in zwei Fällen von Erythema exsudativum ichthyosiforme und in mehreren Fällen von Psoriasis beobachtet wurden. Bei den als Erythema exsudativum ichthyosiforme bezeichneten Fällen handelte es sich um Kranke, bei denen zuerst ein an den typischen Stellen lokalisiertes exsudatives Erythem, dann aber ausgesprochen ichthyöse Prozesse, bei dem einen Kranken mit Hautatrophie verbunden, auftraten. — Aus seinen Beobachtungen und histologischen Untersuchungen zieht S. folgende Schlüsse:

1. Die exsudativen Keratosen (die symmetrischen und allgemeinen) weisen deutlich auf die Beteiligung des Nerven- und Gefäfssystems (des zentralen) an der Ätiologie der Keratosen selbst hin; die Möglichkeit des Auftretens von freiem Exsudat auf der Hautoberfläche ist häufig durch die histologischen Veränderungen der Gewebe (Hyperämie, Ödem des Derma, des Rete Malpighii, vakuoläre Degeneration des letzteren, nahe Entfernung zwischen den papillären Gefäfsen und der äufseren Hautoberfläche) bedingt.

2. Die Bildung von Blasen (erythematoider, pemphigoider) bei Ichthyosis und Pemphigus (foliaceus und vegetans) geht in gleicher Weise in den verschiedenen Schichten der Epidermis (der Hornhautschicht und des Rete Malpighii) und selbst an der Grenze zwischen dem Rete Malpighii und dem Derma vor sich.

3. Die Ablösung der Epidermis in grofser Ausdehnung bei Pemphigus foliaceus hängt von der Unterminierung der verschiedenen Schichten der Epidermis auf verschiedenen Höhen durch das Exsudat ab, bleibt aber keineswegs ausschliefslich im Stratum lucidum lokalisiert. Die nämliche Ablösung kann bei sämtlichen umfangreichen Exsudationen (bei Ichthyosis hystrix bullosa, bei Erythemen, bei Pemphigus) beobachtet werden.

4. Die exsudativen Keratosen (Pemphigus foliaceus) können in trockene übergehen und ichthyosiforme Hornhautansammlungen der Haut geben.

5. Die Bedeutung des exsudativen Prozesses wird durch die Möglichkeit der Bildung von Bläschen und Blasen in Rete Malpighii bei Ichthyosis und Pemphigus (foliaceus und vegetans) verallgemeinert.

6. Hypertrophie der Papillarschicht wird sowohl bei Pemphigus foliaceus wie auch bei Pemphigus vegetans beobachtet, mit dem Unterschied jedoch, dafs sie bei dem letzteren warzenförmige Wucherungen bildet und histologisch selbst dort nachgewiesen werden kann, wo diese Wucherungen klinisch nicht wahrnehmbar ist.

7. Die Eosinophilie ist bei Pemphigus foliaceus keine Regel.

8. Die Assimilierbarkeit des Stickstoffes unterscheidet sich bei mit Pemphigus foliaceus behafteten Menschen von derjenigen bei gesunden Menschen nicht.

9. Bei Dermatitis exfoliativa treten scharf hervor: Erscheinungen von Parakeratosis, Atrophie der Papillen und des Rete Malpighii und schwaches Ödem des Derma und der Epidermis.

10. Dieselbe Exsudation (Psoriasis madidans), Borkenbildung (Psoriasis crustosa, ecthymatosa, favoides) und Wucherung der Papillen (Psoriasis vegetans), Hornhautgebilde (Psoriasis cornea) können auch bei Psoriasis beobachtet werden.

11. Schliefslich kann das Erythema exsudativum in ichthyöse Form (Erythema ichthyosiforme) nebst Atrophie der Haut (Atrophia idiopathica cutis) übergehen.

Götz-München.

Monatsberichte für Urologie.

1905. Band X, Heft 8.

Weiteres über Katheterisierung; ein urologischer Universal-Sterilisator, von Grossr-München. Gr. bespricht zunächst die in den letzten Jahren für Sterilisation elastischer Katheter angegebenen Apparate: ein von Schlesinger empfohlener Apparat zur Desinfektion mittels Formaldehyd erfordert zur Sterilisation, die zudem als nicht ganz einwandfrei nachgewiesen ist, 48 Stunden, die Wasserdampfsterilisatoren von Porgès, von Michäiloff und von Dreuw sind wegen ihrer grofsen Dimensionen, ihrer Umständlichkeit und auch wegen ihres hohen Preises für die Praxis nicht brauchbar. Auch die beiden jüngst von Freudenberg und Goldberg angegebenen Verfahren, bei welchen es sich mehr um Behältnisse für Sterilisierung und sterile Aufbewahrung von Kathetern handelt, kann Grossr nur abfällig beurteilen und er erklärt als das wirksamste und einfachste Verfahren — sowohl für die Sterilisation selbst als für die sterile Aufbewahrung von Kathetern — den zu allererst (von Delagenière 1899) angegebenen Modus der Wasserdampfsterilisation. Er fand bei seinen Versuchen, dafs infizierte Katheter auch in völlig dampfdicht verschlossenen Glasröhren nach zehn Minuten langem Verweilen im Dampfsterilisator steril wurden; bei völlig dichtem Verschlufs der Röhren ist aber das Aneinanderkleben der Katheter unvermeidlich, weshalb durchbohrte Stopfen vorzuziehen sind. Nach diesem Prinzip konstruierte Grossr auch ein „Messersterilisationsrohr", d. i. ein gläsernes Reagenzrohr, welches durch einen mittels Drahtspirale und Kettchen fixierbaren Korkstöpsel verschlossen wird und wobei die Massen auf einem mit Einsätzen versehenen Nickelbänkchen ruhen. Verbandstoffe, Handtücher, Mull, Nähmaterial, Spritzen usw. läfst er ebenfalls im strömenden Wasserdampf sterilisieren, so dafs der Sterilisator durch die Einheitlichkeit des Verfahrens denkbar einfach zu konstruieren sei. Derselbe besteht aus einem rechteckigen, auf zwei umklappbaren Füfsen ruhenden Kasten aus stark vernickeltem Messing von ca. 50 cm Länge, 17 cm Breite und 18 cm Tiefe, in welchem übereinander drei verschiedene Einsätze — der unterste für Verbandstoff und Nähmaterial, der mittlere für Metallinstrumente und Tropffläschchen, der oberste für drei oder mehr Katheterrohre mit je 20—25 Katheter — einzustellen resp. einzuhängen sind. Der Verschlufs des Apparates wird durch Wasser hergestellt, das man in eine um den oberen Rand verlaufende Rinne gieſst, und in welches der untere Rand des giebelförmigen Deckels eintaucht; an einer Längswand ist ein Hahn zum Ablassen des Wassers angebracht, der Apparat ist mit Spiritus oder Gas zu heizen, auch für elektrischen Betrieb einzurichten. Für den gewöhnlichen täglichen Gebrauch des Urologen, wo der Verbandstoffeinsatz nicht in den Sterilisator gestellt wird, ist die Funktion des Apparates eine einfachere, der Wasserverbrauch beträgt nur einen halben Liter, nach drei Minuten beginnt schon die Dampfentwicklung, so dafs die ganze Sterilisation 13 Minuten in Anspruch nimmt. Das heifse Wasser, zu dessen Bereitung allein der „Universalsterilisator" auch dienen kann, kann noch zu Blasenspülungen usw. Verwendung finden. Der Sterilisator sowie die Messersterilisationsrohre (letztere in vier verschiedenen Gröfsen für je 2, 3, 4 und 6 Messer) werden von der Firma Stiefenhofer in München hergestellt. Grossr beklagt schliefslich, dafs von Seite der Ärzte die Asepsis des Katheterismus noch zu wenig beachtet werde, hofft aber, dafs dies einmal ebenso selbstverständlich werde, wie die

anderer chirurgischer Instrumente. (In der Diskussion, die sich an den — als Auszug aus diesem Aufsatze — gehaltenen Vortrag im Münchener Ärztlichen Verein [12. April dieses Jahres] anschloſs, erhob KRONACHER begründete Bedenken gegen die früher schon angewandte, aber dann wieder verworfene, Wasserdampfsterilisation, da die Messer, wie wohl bei jeder sehr hohen Temperatur, ihre Schärfe verlören usf.; die Einwände ließs aber GROSSE nicht gelten, sondern erklärte, dieser Sterilisationsmethode gehöre die Zukunft. D. Referent.)

Untersuchungen über das Kaliber der Harnröhre bei chronischer Urethritis, von H. LOHNSTEIN-Berlin. Die Frage nach der Dehnbarkeit der Harnröhre in ihren verschiedenen Abschnitten ist noch nicht in einwandsfreier Weise zur Beantwortung gelangt und die bezüglichen Untersuchungen haben naturgemäſs zu verschiedenen Resultaten geführt, je nachdem sie an Leichen oder an Lebenden und hier wiederum je nach den Hilfsmitteln (mit hydro- resp. aerostatischer oder instrumenteller Dehnung) ausgeführt wurden. Verfasser macht auch den Untersuchern, wie THOMPSON, HOME, ROLLET zum Vorwurf, daſs ihre Messungsmethoden nicht die maximale Dehnungsfähigkeit der verschiedenen Harnröhrenabschnitte, welche für den Praktiker von gröſstem Interesse sei, festgestellt haben. Erst DELBET hat mit Hilfe geeigneter Instrumente vergleichende Untersuchungen über die verschiedenen Durchmesser desselben Segmentes je nach dem vertikalen und transversalen Durchmesser und über die groſsen Differenzen zwischen den Maximal- und Minimalwerten (besonders in der Gegend unmittelbar hinter der Pars navicularis, des Bulbus und der Pars prostatica) angestellt. Bei den Nachuntersuchungen nun, welche LOHNSTEIN in Fällen chronischer Blennorrhoe anstellte, bediente er sich nicht des WEISSchen oder OTISschen Urethrometers, sondern einer vor kurzem von ihm zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe angegebenen Doppelcurette. Sämtliche untersuchten Fälle waren mit Sonden, teilweise auch mit Dehnapparaten vorbehandelt worden (so daſs wohl die hier gegebenen sehr hohen Zahlen der maximalen Dehnungsfähigkeit auf normale Harnröhren nicht Geltung haben dürften, Referent). Unter 19 Fällen, bei denen eine Dehnung der Pars prostatica im vertikalen Durchmesser stattfand, war der Umfang in einem Falle zwischen 20 und 30 mm, in 8 Fällen zwischen 30 und 40 mm und in 10 Fällen zwischen 40 und 50 mm; noch höher waren die Zahlen bei der Pars membranacea: unter 20 Fällen zeigten 11 ein Kaliber zwischen 30 und 40 mm, 6 zwischen 40 und 50 mm, in einem 41 und 55 mm usf. In noch höherem Grade übertreffen die von L. am Bulbus gefundenen Maſse die anderen Autoren: unter 20 Messungen fünfmal zwischen 40 und 50 mm, sechsmal zwischen 50 und 60, neunmal zwischen 60 und 70 mm. Interessant war auch, daſs erhebliche Differenzen im Kaliber desselben Harnröhrensegments festgestellt wurden, je nachdem die Dehnung im vertikalen, transversalen oder in einem der schrägen Durchmesser ausgeführt wurde. Die einzelnen Zahlen der verschiedenen Harnröhrenabschnitte hier wiederzugeben, würde zu weit führen und sei nur noch das Resultat, welches L. aus seinen Beobachtungen zieht, angeführt, daſs nämlich die Dehnbarkeit der Harnröhre im transversalen Durchmesser meist eine relativ gröſsere als in den anderen Durchmessern ist und zwar in fast allen Abschnitten, besonders im Bulbus, während die Pars navicularis in nahezu allen Dehnungsverhältnissen gleiche Zahlen liefert.

Versuche über Blut- und Harngifte, von P. BERMBACH-Cöln. Bei den zwei Versuchen verwandte B. 1. Urin von Typhusnephritis, 2. Urin und Blut von chronischer interstitieller Nephritis mit leichter Urämie. Der Urin wurde nach GRIFFITHS Methode behandelt und Mäusen subcutan injiziert. In einem Falle trat sofortiger Tod, in einigen nach mehreren Tagen der Tod, in drei vorübergehende Krämpfe ein, viermal rief die Injektion gar keine klinischen Symptome hervor; die beobachteten

Krämpfe sieht B. als urämische an. Er glaubt sicher, dafs die von ihm nach dem Griffithschen Verfahren gewonnenen Substanzen Ptomaine und die Ursache der beobachteten klinischen und pathologisch-anatomischen Erscheinungen waren; bemerkenswert ist die grofse Verschiedenheit der durch die Injektionen erzielten Resultate, was B. auf die individuell verschiedene Resistenz der Mäuse gegen diese Gifte zurückführt. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 7.

Überimpfung von Syphilis auf den freien Lidrand von Makaken, von G. Thibierge und P. Ravaut. Die Verfasser haben zu ihren Versuchen am Affen aus Gründen der Billigkeit und der Zweckmäfsigkeit zwei verschiedene Spezies des Makakus verwandt, den M. sinicus und den M. cynomolgus. — Nach mehrerem Hin- und Herprobieren hat sich ihnen der freie obere Lidrand als geeignetster Ort der Impfung erwiesen. Geimpft wurde mit dem Material aus Ulcus specificum simplex und Ulcus mixtum, aus syphilitischen Schleimhaut-Plaques, mit der Cerebrospinal-Flüssigkeit, einmal auch mit Material aus Vesikeln bei einem Heredo-Syphilitiker. — Die Impfung mit Cerebrospinal-Flüssigkeit blieb immer ergebnislos; bei der Impfung mit Material aus gemischtem Schanker entwickelte sich infolge der Anwesenheit des Ducreyschen Bacillus in den nächsten Tagen ein gewaltiges Ödem mit Ulceration der Schleimhaut, Symptome, die aber bald wieder abklangen. Im übrigen war der Verlauf dieser, dafs schon 24 Stunden nach Vornahme der Impfung jede Spur des Eingriffs verschwunden war und dafs sich erst drei bis fünf Wochen später ein mäfsiges Ödem des Lidrandes einstellte; an dem Stichpunkt der Impfung bildete sich alsdann, besonders bei jüngeren Tieren, ein kleines entzündliches Knötchen, während die es bedeckende Haut sich kupferfarben rötet. Das Knötchen braucht zu seiner Entwicklung und Rückbildung geraume Zeit, etwa vier Wochen. Vergrößerte Drüsen waren in seiner Nachbarschaft nie vorhanden, ebensowenig kamen jemals Sekundär-Erscheinungen zur Beobachtung. — Histologisch fanden sich stets Infiltrate von Lymphocyten und Plasmazellen rings um die tiefer liegenden Gefäfse, zuweilen auch beginnende Arteriitis. Nach diesem Befund handelt es sich um einen abortiven Schanker, bei dem es nur zu einer Neubildung kommt, während ihm der andere wesentliche Charakter des menschlichen Ulcus, die Erosion, abgeht. Gemeinsam mit dem Ulcus specificum ist ihm auch die Fähigkeit, das Tier gegen neue Impfungen mit syphilitischem Material, d. h. gegen neue Infektionen, für eine Zeitlang wenigstens, zu immunisieren.

Neben dem hohen theoretischen Interesse, welches diese Versuche beanspruchen, schreiben die Verfasser ihnen auch einen praktischen Nutzen zu. In allen Fällen von zweifelhafter Natur der vorliegenden Hautgeschwüre ist die Übertragung auf den Makakus für die Diagnose entscheidend; dieses Tier ist für die Syphilis, was das Meerschweinchen für die Tuberkulose bedeutet.

Zu der Abhandlung von Truffi „Über einen Fall von Porokeratosis systematisata, von V. Mibelli. Enthält eine kurze Richtigstellung zu dem im Heft 6 der *Annales*, Jahrgang 1905, erschienenen Truffischen Artikel.

Türkheim-Hamburg

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.
1905. Heft 5.

Die Spirochaeta pallida von SCHAUDINN und HOFFMANN und die Bakteriologie der Syphilis, von E. DALOUS. Enthält im wesentlichen eine Beschreibung der Spirochaeta pallida und ihrer Stellung im botanischen System.

Klinische und histologische Untersuchung eines Falles von Purpura papulosa, von E. CONSTANTIN. Ein 33jähriger Tischler, der an Syphilis und dreimal an Tripper erkrankt war, bekam an seinen Unterextremitäten einen papulösen Ausschlag, der wenige Stunden später einen purpura-artigen, hämorrhagischen Charakter annahm. Einige Tage darauf erschien ein neuer Schub dieser Papeln, die aber unmittelbar nach ihrem Erscheinen hämorrhagisch wurden, während andere Papeln gleich von vorneherein als Purpura erschienen. Die nur kongestiven Papeln verschwanden sehr bald wieder, die hämorrhagischen wurden langsam resorbiert; nur die größten unter ihnen ulcerierten und einige ganz wenige vereiterten.

Histologisch fanden sich zahlreiche Blut-Extravasate in den tieferen Schichten der Cutis, des Papillarkörpers und der Epidermis, diese war an den hämorrhagischen Stellen verdickt und bildete eine leichte papulöse Hervorwölbung; die Verdickung rührte von einer Proliferation des gesamten Epithels her. Das Ödem, dafs sich ungleichmäfsig durch die Epidermis verteilt, hat an der Bildung der Papeln keinen Teil. An den Gefäfsen bemerkt man keine Zeichen von Entzündung; während die kleinen Arteriolen aber leer und zusammengefallen sind, erscheinen die Kapillaren stark erweitert und teilweise voll Blut. — An der Hand dieses histologischen Befundes erläutert Verfasser den Mechanismus, der seines Erachtens für das Zustandekommen der Hauterscheinungen mafsgebend war. Es handelte sich nicht um ein Erythem, das nachträglich in Purpura überging, vielmehr traten beide Formen, Purpura und Erythem gleichzeitig auf.

Syphilis bucco-pharyngealis; mehrfache und nacheinander auftretende Schanker, von V. TEXIER und HENRI MOLHERBE. Patient erkrankte zuerst unter schweren Allgemeinerscheinungen, mit Geschwüren auf beiden Mandeln, die an Angina Vincenti erinnerten; erst als einige Tage später auf der Schleimhaut der Oberlippe ein grofses unverkennbares Ulcus specificum erschien, liefs sich auch die syphilitische Natur der beiden Mandelgeschwüre sicher feststellen. Die Erscheinungen gingen nach einer spezifischen Behandlung zurück. Vier Monate später entwickelte sich auf dem linken Arcus orbitalis ein Gumma, das nach erneuter gemischter Behandlung ausheilte.

Das Auftreten von syphilitischen Schankern beim nämlichen Individuum in mehrtägigen Zwischenräumen suchen die Verfasser durch die Annahme zu erklären, dafs die Infektion des gesamten Organismus erst allmählich vor sich gehe. — Bemerkenswert erscheint noch die Tatsache, dafs das Sekret beider Mandelgeschwüre vom VINCENTschen Bacillus wimmelte. Trotzdem halten die Verfasser für ihren Fall an der Diagnose Ulcus specificum utriusque amygdalae fest.

Ein Fall von Akanthosis nigricans im Anschlufs an ein Carcinoma mammae, von MENAHEM HODARA. Ist in diesen Blättern schon in deutscher Übersetzung erschienen. *Türkheim-Hamburg.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.
1905. Heft 8.

1. Die Natur der Mykosis fungoides und die Radiotherapie. — Lupus vulgaris und Radiotherapie, von LEREDDE. Mykosis fungoides ist nach L. eine Allgemeinerkrankung, die zur Gruppe der lymphatischen und leukämischen Affektionen gehört; sie ist eine „cutane Lymphadenie“. Für diese Auffassung spricht, abgesehen

von der pathologischen Anatomie, der Umstand, daſs die Radiotherapie bei Mykosis fungoides, wie bei allen lymphatischen und leukämischen Prozessen, eine geradezu spezifische Wirkung hat; unter der Behandlung mit Röntgenstrahlen verschwinden Tumoren, Infiltration und Rötung der Haut und Pruritus, die Haut wird anscheinend wieder vollständig normal. L. selbst hat diese Wirkung in zwei Fällen beobachtet.

Im vorhergehenden (7.) Heft der *Revue pratique* haben Mendes da Costa und Norman Walker darauf hingewiesen, daſs sich auf lupöser Haut infolge der Behandlung mit Röntgenstrahlen nicht allzu selten Epitheliome entwickeln. Das kommt nach L. nur vor bei oft wiederholter, schwacher Bestrahlung, durch welche die kranken Gewebe nur gereizt, nicht zerstört werden. Es empfiehlt sich daher, auch bei Lupus selten, dafür aber energisch zu bestrahlen.

2. **Die Spirochaeta pallida** (Schaudinn), von Bayet und Jacqué. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Behandlung des Ekzems mit Radiotherapie**, von Leredde und R. Martial. Nach einer Zusammenstellung und kritischen Würdigung der bisher erschienenen Arbeiten über die Radiotherapie des Ekzems teilen die Verfasser drei eigene Beobachtungen mit, welche die Wirkung der Röntgenstrahlen bei Ekzem betreffen. Im ersten Falle handelte es sich um einen Kranken, der seit vielen Monaten von einem schweren, jeder Behandlung widerstehenden Ekzem des Gesichts, der Hände, des Penis und Skrotums und der Oberschenkel litt; von Zeit zu Zeit traten akute Exacerbationen mit starkem Ödem, seröser Transsudation auf die Hautoberfläche und heftigem Jucken auf. Einmalige Bestrahlung mit Röntgenstrahlen, bei der die erkrankten Partien die einer Einheit des Holzknechtschen Chromoradiometers entsprechende Strahlenmenge absorbierten, führte zum vollständigen und dauernden Verschwinden aller ekzematösen Erscheinungen; es blieb nur an den Genitalien und den Oberschenkeln eine leichte Lichenifikation zurück, die aber in der Folge auch zur Heilung gebracht wurde. — Der zweite Fall war ebenfalls ein chronisches Ekzem, bei dem es häufig zu akuten Exacerbationen mit Ödem, Transsudation und Jucken kam; hier brachte dreimalige Bestrahlung, bei der gleichfalls je eine Einheit nach Holzknecht absorbiert wurde, definitive Heilung. — Im dritten Falle endlich, einem seit zwei Monaten bestehenden akuten Ekzem des Gesichts und Halses, führten zwar Bestrahlungen, bei denen je zwei Holzknechtsche Einheiten zur Absorption kamen, zu einer Heilung, die aber nur vier Wochen lang anhielt; allerdings hatte die Patientin sich der weiteren Behandlung gegen den Willen der Verfasser entzogen.

Aus den Mitteilungen in der Literatur und den Beobachtungen der Verfasser ergibt sich, daſs die Radiotherapie als vorzüglich wirkendes Mittel bei der Ekzembehandlung anerkannt werden muſs; bei welchen Arten von Ekzem sie speziell indiziert ist, läſst sich allerdings jetzt noch nicht feststellen. Zurzeit kann man nur sagen, daſs die Röntgenbehandlung angezeigt ist bei akutem und chronischem Ekzem, bei denen die anderen Behandlungsmethoden versagt haben und daſs die Radiotherapie bei richtiger Dosierung niemals unangenehme Folgen, sehr häufig dagegen gute Wirkung hat. Auch wenn es nicht zur Heilung kommt, werden der Pruritus und die entzündlichen Erscheinungen in der Regel sehr rasch verschwinden; doch darf man nicht erwarten, daſs die erzielten Resultate in allen Fällen dauernde sind. Im allgemeinen soll bei Ekzem nicht öfter als einmal in 14 Tagen bestrahlt und dabei nicht über eine Strahlenmenge von zwei Holzknechtschen Einheiten hinausgegangen werden; nur bei heftigem Pruritus können die Sitzungen allenfalls in achttägigen Zwischenräumen wiederholt werden, bei starker Lichenifikation Strahlenmengen, die drei bis vier Holzknechtschen Einheiten entsprechen, zur Anwendung kommen.

Götz-München.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 9.

1. **Über das Vorkommen des Ebertheschen Bacillus im Harn Typhuskranker**, von L. Fornaca und L. Meille-Turin. Das Vorkommen von Ebertheschen Bazillen im Harn Typhuskranker wird von manchen Autoren für eine Seltenheit gehalten, andere konstatierten es in 25 % der Fälle und noch häufiger. Die Ursache dieser Differenz liegt darin, dafs die Untersuchung auf Bazillen von manchen Ärzten nur bei trübem, alkalischem, eiweifshaltigem Urin vorgenommen wurde, während doch die Bazillen sich manchmal auch in klarem, saurem, eiweifsfreiem Harn finden; andere wiederum verwandten stets nur wenige Tropfen Urin zur Anlegung von Kulturen, obwohl häufig, namentlich von klarem, sauer reagierendem Harn gröfsere Mengen nötig sind, wenn einwandfreie Resultate erzielt werden sollen. Die Verfasser selbst haben in 8 von 19 Typhusfällen, also in 42,1 %, Ebertheche Bazillen im Urin gefunden, und zwar in 4 von diesen 8, d. i. in 21 % aller Fälle, von der dritten oder vierten Krankheitswoche an, in den anderen vier Fällen erst nach der Entfieberung; die Mikrobien blieben während der ganzen Rekonvaleszenz und zum Teil noch darüber hinaus nachweisbar. Zur Anlegung der Kulturen eignen sich nach den Beobachtungen der Verfasser am besten die letzten, am Schlusse der Miktion ausgepreften Urintropfen, die oft grofse Mengen der Mikrobien enthalten. Harn, in dem Typhusbazillen sich finden, ist zumeist, aber nicht immer trübe, alkalisch oder ganz schwach sauer und leicht eiweifshaltig; das Agglutinierungsvermögen, die Virulenz und die Lebensfähigkeit der aus dem Urin gezüchteten Bazillen ist gering. Die Ausscheidung der Bazillen durch den Urin mufs durchaus nicht mit einer Erkrankung der Harnorgane verbunden sein; in den meisten Fällen handelt es sich wohl um eine einfache Elimination der im Organismus zirkulierenden Typhusbazillen, immerhin ist es aber auch möglich, dafs die Bazillen in der Blase sich festsetzen und wachsen. Die leichte Albuminurie, welche die Ausscheidung der Mikrobien fast stets begleitet, steht mit dieser nicht in direktem Zusammenhang; sie ist durch die Einwirkung der von den Bazillen produzierten Toxine auf die Nieren verursacht.

Die oft lange Zeit andauernde Ausscheidung von Typhusbazillen mit dem Urin ist natürlich hinsichtlich der Prophylaxe der Typhusverbreitung von grofser Wichtigkeit, dagegen hat sie für die Diagnose des einzelnen Falles keine wesentliche und für die Prognose keine sicher festgestellte Bedeutung. Doch ist es nicht ausgeschlossen, dafs die im Urin enthaltenen Bazillen während der Rekonvaleszenz zu einer Autoinfektion, d. h. zu einem Rezidiv führen können.

2. **Hypospadie ersten Grades. Operation nach der Methode Becks. Heilung**, von Bilhaut-Paris. B. hat in einem Falle von Hypospadie, in dem die Urethra am Ansatz des Frenulums mündete, nach dem Vorschlage Becks den peripheren Teil der Harnröhre eine Strecke weit ringsum frei präpariert, die Eichel durchbohrt, die mobilisierte Partie der Urethra durch die perforierte Glans durchgezogen und ihr Ende aufsen an der Glans mit Catgutnähten befestigt. Der Erfolg der Operation war ein vollkommener. — B. glaubt, dafs das Verfahren allen anderen Methoden weit überlegen ist; er empfiehlt, die Operation nicht vor dem fünften Lebensjahre vorzunehmen, weil das Freipräparieren der Harnröhre bei kleineren Kindern grofse Schwierigkeiten bereitet, eine Verletzung der Urethra aber unter allen Umständen vermieden werden mufs.

3. **Praktisches Verfahren der Blutstillung nach der Meatotomie**, von Duhot. (*Policlinique Centrale.*) D. empfiehlt zur Blutstillung nach Meatotomie die Anwendung des von Baer-Wiesbaden angegebenen „Urethralstopfers", der, aus einem kleinen Trichter und einem Obturator bestehend, dazu dient, die durch die Inzision

geschaffene Öffnung mit Glutoform st auszutamponieren. Das Verfahren hat sich nach D. sehr gut bewährt; dagegen kann er der Ansicht Baers, dafs es die Dilatationen unnötig macht, nicht beipflichten. Wohl aber läfst sich durch die Glutoltamponade auch jede stärkere Blutung nach den Dilatationen hintanhalten.

4. **Neues Luftcystoskop ohne optischen Apparat mit einer von der Kuppe des Schnabelteils herabhängenden Lampe,** von Cathelin. Luys und Cathelin, die rivalisierenden Erfinder der Apparate zur intravesikalen Trennung des Urins, sind nun auch auf dem Gebiete der Cystoskopie Konkurrenten geworden: vor kurzem berichtete Luys über ein von ihm erfundenes Luftcystoskop zur direkten Besichtigung der Blase, und nun kommt Cathelin ebenfalls mit einem Luftcystoskop, dessen Grundidee die gleiche ist wie bei jenem. Das neue Instrument besteht aus einem Tubus, dessen Schnabelteil eine Krümmung von 90° aufweist; von der Kuppe des Schnabels hängt eine kleine elektrische Lampe von 3 bis 4 Volt herab. Die untere Wand der gekrümmten Partie des Tubus ist fast bis an das Ende des Schnabels ausgeschnitten, so dafs die Lichtstrahlen ungehindert nach hinten und unten fallen. Zum Verschluſs des Ausschnittes und zur Deckung der Lampe bei der Einführung des Tubus dient ein Mandrin, der ungefähr die Form eines federnden Metallfingers hat. Am äufseren Ende des Tubus befindet sich an der oberen Wand eine kurze, durch einen Hahn verschliefsbare Röhre, durch welche mittels einer Guyonschen Spritze die nötige Luft (20 bis 100 ccm) eingeblasen wird, und an der unteren Fläche eine weite Öffnung, die in einen trichterartigen, ebenfalls mit Abschlufshahn versehenen Fortsatz führt; durch diese Öffnung fliefst, wenn der Apparat ein wenig gesenkt wird, der Urin prompt ab. Damit die Luft aus der Blase nicht nach aufsen entweichen kann, ist der abnehmbare Okularansatz des Tubus mit einem leicht vergröfsernden Glas verschlossen. Endlich sind noch zu beiden Seiten des äufseren Tubusendes zwei Metallhülsen angebracht, die in das Lumen des Tubus münden und zur Einführung der Uretherenkatheter dienen; der Apparat wird aber auch ohne diese Vorrichtung für Katheterisierung der Harnleiter hergestellt. — Der Patient sitzt zur Untersuchung; durch Bewegen des Cystoskops gelingt es, die ganze hintere und untere Partie der Blasenwand zur Anschauung zu bringen. *Götz-München.*

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

1905. Nr. 7.

Nächtliche Inkontinenz bei jungen Leuten beiderlei Geschlechts, von J. N. Danforth-Chicago. D. hält die nächtliche Incontinentia urinae bei der heranwachsenden Jugend männlichen wie weiblichen Geschlechts d. i. im Alter von 12 bis 20 Jahren, für häufiger, als allgemein angenommen wird und zwar glaubt er, dafs sie besonders von den jungen Mädchen aus naheliegenden Gründen häufig verheimlicht werde. Bei der männlichen Jugend sind die Ursachen sehr gewöhnlich Phimosis, komplette oder unkomplette, ferner stark herabhängenden oder schlaffen Hodensack, wodurch die Hoden am Samenstrang zerren; weiterhin Reizungszustände im Rectum, bedingt durch Obstipation oder besonders Würmer, für sich allein oder im Zusammenhang mit letzteren Zuständen mangelhafte Reinlichkeit an Anus, Glans, Penis und Präputium und Vulva. Sexuelle Erregung und Selbstmifsbrauch fand D. nur selten als Ursachen der Inkontinenz, führt aber doch zwei recht langwierige Fälle an, welche durch Masturbation bei jungen Mädchen entstanden waren. Sehr häufig wird bei letzteren der üble Gebrauch, den Urin recht lange zu halten, zur Ursache der Inkontinenz. Natürlich mufs jeder Fall individuell behandelt und nach Eruierung der Ursache dieselbe entfernt werden. Manche Mittel gegen reizbare Blase, wie Codein,

Belladonna, Brompräparate, Lupulin müssen wohl beigezogen, auch psychische Einwirkung kann wohl in manchen Fällen nicht umgangen werden.

Die soziale Prophylaxis und die Ärzte, von Prince A. Morrow-New York. M. spricht (vor der New York medical Association, Sitzung vom 15. Mai 1905) über die Ziele und Wege der kürzlich in New York (nach deutschem Muster) gegründeten Gesellschaft zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten und deren Folgen und liest dabei den Ärzten ordentlich den Text, daſs sie im allgemeinen zu gleichgültig diesem Krebsschaden der Gesellschaft gegenüberstehen; obwohl die Geschlechtskrankheiten auſserordentlich ansteckend und sicher vermeidbar sind, kümmere sich auch in Amerika die offizielle Sanitätsverwaltung nicht darum und deshalb müſsten Männer aus allen Berufskreisen ihre Bekämpfung sich zur Aufgabe machen. Die Geschlechtskrankheiten sind nach M. die direkte oder indirekte Ursache bei dem achten Teil sämtlicher die Menschen befallenden Krankheiten, die Syphilis ist die Ursache von Tabes dorsalis in 90 %, von Augenlähmungen in mehr als 75 %, von allgemeiner Paralysis und Paresis in etwa 80 % aller Fälle usf.; sie verursacht 42 % aller Fälle von Abortus, 60 bis 80 % der syphilitischen Kinder sterben in utero oder kurz nach dem Tode und diejenigen, welche am Leben bleiben, sind mit allen möglichen Degenerationen behaftet. Die Pathologie der Blennorrhoe ist kaum weniger schrecklich und das schlimmste Kapitel derselben ist das Martyrium der Ehefrauen; die Blennorrhoe ist die Todesursache in 80 % aller Unterleibskrankheiten und in 50 % die Veranlassung der gynäkologischen Operationen. 45 bis 50 % der blennorrhoisch infizierten Frauen werden steril, 25 bis 30 % derselben haben Abortus, 80 % aller Blindgeborenen und 20 % aller Fälle von Blindheit verdanken der blennorrhoischen Infektion ihre Entstehung und so lieſse sich dieselbe noch in anderen zahlreichen pathologischen Zuständen nachweisen. Die Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtsseuchen und deren Folgen sieht nun M. in erster Linie in der Aufklärung der groſsen Massen, vor allem der heranwachsenden Generation, sodann in Verhütung der Weiterübertragung — Tätigkeit der Hausärzte — in dem unausgesetzten Hinweise, besonders auch von den Ärzten aus, daſs der Geschlechtsverkehr nicht, wie man so häufig hört, eine physische Notwendigkeit für den erwachsenen Mann sei. Ein rein medizinischer Punkt ist sodann die Prophylaxe durch entsprechende Behandlung und dieser Punkt ist nach M.s Ansicht zum Teil ein recht wunder, indem es vielen Ärzten noch an der richtigen Ausbildung in den Haut- und Geschlechtskrankheiten fehle, und auch hier müsse eine durchgreifende Reform Platz greifen.

Endermatische Anwendung von Jod, kombiniert mit Kataphorese, von Nicholas Senn-New York. Nachdem es feststeht, daſs die Kataphorese die Absorption von auf die Haut applizierten Lösungen oder Salben befördert, wandte S. diese Art Medikation auſser in je einem Falle von Struma und ausgedehnter Aktinomykose der Submaxillar- und Paritisgegend in einem Falle von Blastomykosis der Haut mit vollem Erfolge an. In letzterem Falle handelte es sich um einen 35-jährigen Fleischer, bei dem sich anfangs eine kleine rote Papel an der inneren Seite des linken Oberschenkels zeigte und allmählich an Gröſse zunehmend, die Form einer ulcerierenden, papillomatösen Fläche im Umfange von $1^1/_2-2^1/_2$ cm annahm. Die geschwürige Fläche und die kleinen ringsum zerstreuten Abscesse enthielten reichlich Blastomyceten, Leukocyten usw. Die Behandlung bestand in hohen Dosen Jodkalium innerlich, ausgedehnter Curettage und Ätzung mit Karbolsäure, und dann Alkohol, aber hatte keinen Erfolg. Der innerliche Gebrauch von Jodkalium wurde suspendiert, die geschwürige Fläche mit einer Kompresse bedeckt, die mit 1 % Jod-Jodkaliumlösung durchtränkt war und täglich Kataphorese in 10 bis 15 Minuten währenden Sitzungen dabei angewandt: nach zwei Monaten völlige Heilung trotz mehrmaliger Unterbrechung

der Behandlung. S. schliefst aus seinen Beobachtungen, dafs Jod das sicherste und, mit Kataphorese verbunden, wirksamste aller antiseptischen Mittel ist; in der zu diesem Zwecke geeigneten Lösung schädigt es nicht die Gewebe, wirkt vielmehr als sehr starkes Stimulans, indem es eine bedeutende Phagocytose hervorruft, die bei der Behandlung akuter und chronischer Entzündungskrankheiten so wünschenswert ist.

Wichtige Punkte in der Technik der peritonealen Prostatektomie, von Albert J. Ochsner - Chicago. O. macht auf folgende Punkte aufmerksam: 1. die Inzision, welche die ganze Drüse bloflegen soll (entweder für das Auge oder für den tastenden Finger). 2. Vermeidung allzu starker Blutung; dies kann leicht geschehen, indem man so nahe als möglich genau die gleiche Entfernung von Urethra und Rectum einhält, das Septum spaltet und die Zweige der Arter. pudenda interna, entweder vor oder unmittelbar nach ihrer Durchschneidung faflt. 3. Unnötige Verletzungen sind zu vermeiden. 4. Mufs die Pars prostatica der Urethra exzidiert werden, so sollten beide Enden der übrigen Harnröhre (durch Katgutnähte in der vorderen Wand) wieder vereinigt werden, in der hinteren Wand bleibt ein Drain liegen. 5. Sehr wichtig ist überhaupt gute Drainage. 6. Die Dauer der Operation ist möglichst abzukürzen, um den Shock und den schlimmen Einfluls des Narkotikums auf die Nieren möglichst zu vermindern. Bei Beachtung all dieser Punkte gewinnt die Prostatektomie in hohem Grade an Einfachheit und an Leichtigkeit, wie sich O. an seinen mehr als 60 Fällen und bei Studium der Literatur überzeugen konnte.

Behandlung der Blennorrhoe durch den allgemeinen Praktiker, von Sidney J. Eichel-Evansville, Ind. Verfasser ist der Ansicht, dafs die Blennorrhoe nicht nur von Laien, sondern auch von manchem Arzte viel zu wenig ernst genommen würde; eine lange währende Blennorrhoe prädisponiere zu anderen Konstitutionskrankheiten, besonders zu Tuberkulose. Eichel erklärt sogar, jede Blennorrhoe sei mit der nötigen Geduld von Arzt und Patienten (und daran fehlt es bei letzteren sehr oft! Refer.) heilbar, wenn auch oft erst nach Monaten und Jahren. Die sogenannte Abortivbehandlung verwirft er vollständig, beginnt die Behandlung mit Einspritzungen einer leichten Lösung von Kalium permangan., bei Frauen Einführung eines Gaze- oder Wattetampons und innerlich Kapseln oder Pastillen, die Salol 2,0, Extr. Kavae-Kavae 1,0, Cubeben 1,0, Ol. Santali und Ol. Gaulther. ā ¼ g und Pepsin 1,0 enthalten. Mit der Lösung von Kalium permanganicum steige man allmählich in der Konzentration, bis sie „Brennen" verursacht, dann gehe man wieder herab. Im akuten Stadium der Blennorrhoe führe man nur Instrumente ein, wenn es absolut notwendig ist, und zwar dann stets nach vorhergehender Reinigung von Harnröhre resp. Vagina. Wenn der Ausfluls anhält, gibt man obige Tabletten vier- bis sechsmal im Tage, bei Blennorrhoe der Frauen läfst man zweimal täglich Ausspülungen mit heifsem Wasser, welchem Zinc. acet., Zinc. sulfur., Zinc. sulpho-carbon. und Acid. boric. (ā 3,00 auf 1 Liter) zugesetzt wird, vornehmen. Zur innerlichen Behandlung gibt E. mit Vorliebe Arsen und Strychnin, zumal in chronischen Fällen zum Zwecke der Stärkung. Bei chronischer Blennorrhoe des Mannes ist es wichtig, Infiltrationen ausfindig zu machen, besitzt man kein Endoskop, so genügt dazu auch die knopfförmige Sonde. Dilatation, kombiniert mit tiefen Injektionen (mit Ultzmannscher Spritze) wird jeden Tripper heilen. E. warnt aber hierbei vor den Silberpräparaten, sondern wendet Lösungen von Hydrastis, Ichthyol und Hamamelis an, welche keinerlei Schmerzen und Komplikationen verursachten. Bei chronischer Cystitis Ausspülungen, bei Prostatitis Injektionen und Massage (bei chronischer Prostatitis Silberpräparate). In jedem Falle solle man bedenken, dafs je milder die Mittel, um so besser, und dafs auch hier individualisieren sehr wichtig ist. Wie wohl wir alle, hat Verfasser die Erfahrung gemacht, dafs manche Blennhorrhoe in 10 Tagen zur Heilung kommt, die

Mehrzahl der Fälle aber wenigstens drei Monate dafür beansprucht „trotz der vielen entdeckten Silberpräparate und anderer vielgerühmter Heilmittel".

Stern-München.

The British Journal of Dermatology.

August 1905.

Der Einfluſs des Jodkaliums auf die Widerstandsfähigkeit der Blutflüssigkeit gegenüber dem Staphylococcus albus, von G. T. Western. Das häufige Vorkommen von Akne nach Jodgebrauch hat zu der Vermutung geführt, das Jod übe vielleicht einen gewissen Einfluſs auf das Blutserum aus, etwa in dem Sinne, daſs es dessen Fähigkeit beschränke, die Stoffe zu bilden, welche die Bakterien für die Phagocytose vorbereiten, oder daſs es diese Stoffe nach ihrer Erzeugung neutralisiere. Diese Stoffe, von Wright „Opsonine" genannt, können, wie neuerdings gezeigt worden ist, durch eine Reihe von Salzlösungen und andere Stoffe gebunden oder neutralisiert werden, so daſs sie nicht mehr auf Bakterien wirken können. Dem Jodkalium kommt nach den Untersuchungen des Verfassers diese Eigenschaft nicht zu, es setzt also die Widerstandsfähigkeit des Serums gegenüber Bakterien nicht herab.

Eine Untersuchung über die Ätiologie des Säuglingekzems, von Arthur J. Hall. (Fortsetzung und Schluſs.) (Vergl. *Monatshefte.* Bd. 41. S. 20.) Bei genauer Prüfung der sechzig Fälle von Ekzem des frühesten Kinderalters ergab sich folgendes:

Geschlecht: Die Zahl der Knaben war gröſser als die der Mädchen.

Alter der Mutter: Die Mehrzahl der Kinder wurde in der mittleren oder Spätperiode der mütterlichen Reife geboren.

Zahl der Geschwister usw.: Im allgemeinen entstammten die Kinder nicht kinderreichen Familien. Erstgeborene waren nicht häufiger erkrankt als andere. Etwa die Hälfte der Fälle waren zweit- oder drittgeborene.

Hautkrankheiten bei der Mutter: Nur sehr wenige Mütter hatten einmal an Ekzem gelitten. Eine ganze Reihe wiesen seborrhoische Anzeichen auf. Die Hälfte der Mütter war nie hautkrank.

Hautkrankheiten bei Geschwistern: Nur in ganz wenigen Fällen hatte noch ein anderes Kind der gleichen Familie im frühesten Alter an Ekzem gelitten.

Alter des Kindes: Die meisten Fälle begannen zwischen dem Ende des ersten und dem Anfang des fünften Lebensmonat.

Sitz der ersten Erscheinungen war in 95 % der Fälle irgendein Teil des Kopfes.

Jahreszeit: Von 59 in einem Zeitraum von sechs Jahren beobachteten Fällen begannen nur drei während der Monate Juni bis August, 24 während Dezember bis Februar, 18 während September bis November und 14 in der Zeit von März bis Mai.

Art der Ernährung: 86⅓ % der Kinder waren Brustkinder bei Beginn des Ekzems, die übrigen Flaschenkinder.

Impfung: Die Mehrzahl der Fälle war vor Ausbruch des Ekzems noch nicht geimpft. Bei den geimpften schwankte die Zwischenzeit zwischen Impfung und Beginn des Ekzems sehr erheblich.

Zahnung: In den meisten Fällen ging das Ekzem dem Durchbruch des ersten Zahnes voraus, oft um mehrere Monate. (Vergl. Alter des Kindes.)

Zeichen von Verdauungsstörung und Rhachitis: Es bestand meist keine Gewichtsabnahme, kein Erbrechen und kein Durchfall. 15 % hatten ausgesprochene Anzeichen von Rhachitis, über 50 % sicher keine Rhachitis.

Art und Verteilung des Ekzems: Die Art wechselte je nach Dauer, Sauberkeit, Grad der sekundären Infektion usw. Die Ausbreitung war oft sehr ausgedehnt; gewisse Teile waren fast immer, andere fast nie befallen. Symmetrische Verteilung war fast stets und an allen befallenen Teilen bemerkbar.

Die Ansichten über die Entstehung des Ekzems im frühen Kindesalter lassen sich in drei Gruppen scheiden: die Theorie der Verdauungsstörungen, die Theorie der äußeren Reizung und als dritte Gruppe alle übrigen Theorien, die Impfung, Zahnung, eine Diathese u. a. als Ursache hinstellen. Für die letzte Gruppe bieten die Untersuchungen des Verfassers gar keine Stütze; er scheidet sie daher bei seinen weiteren Betrachtungen aus. Die Theorie der Verdauungsstörungen wird, wie Verfasser glaubt, durch seine Feststellungen widerlegt. Seine Hauptgründe sind:

Weder vor noch bei Beginn des Ekzems waren andere Zeichen einer Verdauungsstörung vorhanden, ebensowenig während des Bestehens.

Die Mehrzahl der Kinder war nicht rhachitisch oder schlecht genährt.

Die meisten Kinder waren Brustkinder.

Die Mütter waren nicht durch zahlreiche Kindbetten, Krankheiten oder dergl. geschwächt.

Gerade die Sommermonate, die Zeit, in der Magendarmstörungen am häufigsten sind, weisen die geringste Zahl von Ekzemerkrankungen auf.

Im Widerspruch mit der Theorie der Verdauungsstörungen steht unter anderem auch, daß die Zeit der Entwöhnung, während deren doch Unregelmäßigkeiten in der Diät am leichtesten vorkommen, als Beginn des Ekzems kaum in Betracht kommt.

Dagegen spricht alles zugunsten der Annahme eines äußeren Reizes. Verfasser vermag das regelmäßige Vorhandensein von Mikroorganismen nicht in Abrede zu stellen, aber zur Erklärung aller Erscheinungen des Säuglingekzems reicht die parasitäre Theorie als einziger äußerer Reiz nicht aus. Für die Einwirkung äußerer Reize spricht:

1. der fast regelmäßige Beginn am Kopf, dem einzigen während der ersten Lebenswochen unbedeckten Körperteil;

2. die Sekundäreruptionen an anderen Stellen sind viel leichter und neigen zum Verschwinden, wenn die ersterkrankten Stellen abheilen;

3. der verhältnismäßig konstante Beginn zu einer Zeit, in der das Kind nicht mehr so fest eingehüllt wird wie in den ersten Lebenswochen;

4. der häufige Beginn während der kälteren Monate.

Verfasser führt nun aus, daß alle Fälle von „traumatischem Ekzem" Erwachsener, worunter er alle irgendwie durch Einwirkung äußerer Reize (Beschäftigung, chemische Agentien usw.) entstandenen Ekzeme begreift, gewisse gleichartige Züge aufweisen: der Reiz wirkt nicht stark und plötzlich, sondern allmählich, so daß oft längere Zeit bis zum Beginn einer Wirkung vergeht; der erste Sitz der Wirkung ist die direkt mit dem Reiz in Berührung gekommene Stelle, sie kann längere Zeit die einzig befallene Stelle bleiben; zuweilen werden korrespondierende Stellen der anderen Körperseite, aber weniger stark, befallen; bei Fortdauer des Reizes, auch wenn er auf die ursprünglichen Stellen beschränkt bleibt, können auch entferntere Teile, oft symmetrisch, erkranken; nach einer gewissen Zeit der Einwirkung genügen auch geringere Reize zur Hervorrufung des Ekzems.

Auch die Säuglingsekzeme sieht Verfasser als „Beschäftigungs- oder traumatische Ekzeme" an. Das Neugeborene mit seinem empfindlichen Hautnervensystem ist in seiner ersten Lebenszeit einer Reihe äußerer Reize ausgesetzt, denen es sich anzupassen hat; das gehört mit zu seiner „Beschäftigung". Die am regelmäßigsten einwirkenden Reize sind: Abkühlungen der Haut, unvollkommenes Trocknen der Haut

durch die Wärterin, Seifen, atmosphärischer Staub, Mikroorganismen und Schweiß der mütterlichen Haut (beim Stillen). Der allen diesen Reizen exponierteste Teil ist der Kopf und er ist in 95 % aller Fälle der Sitz der ersten Erkrankung.

Zusammenfassend sagt Verfasser: Alles, was man gemeinhin Ekzem nennt, ob es bei Kindern oder Erwachsenen vorkommt, ist eine Reaktionsform oder eine Antwort des Hautnervenapparates auf äußere Reizung; bei den meisten Menschen fehlt diese Neigung; bei vielen kann sie nur durch außergewöhnliche Reizmittel oder zu Zeiten außergewöhnlich erhöhter nervöser Reizbarkeit hervorgerufen werden, bei einigen dagegen so leicht und durch so gewöhnliche Reizmittel des täglichen Lebens, daß sie ständig an Ekzem leiden. — Überraschend wirkt die Vermutung, mit der Verfasser seine mühevolle Arbeit beschließt, daß nämlich die Neigung der Haut, auf äußere Reize durch Ekzem zu reagieren, vielleicht einen rudimentären Rest einer einst wichtigen Hautfunktion darstellt. *A. Loewald-Colmar.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

April 1905.

1. **Die Syphilisansteckung des Arztes im Beruf,** von Douglass W. Montgomery. Es werden sieben Fälle aufgeführt, in denen sich Ärzte in Ausübung ihres Berufes mit Syphilis ansteckten. Der erste Fall betraf einen Arzt von 35 Jahren. Derselbe hatte gelegentlich bei einer Circumcisionoperation bei einem Manne mit Schanker über dem linken Handgelenk leicht die Haut mit dem Messer geritzt. An dieser Stelle entwickelte sich nach 16 Tagen eine Sklerose. Ein zweiter Arzt hatte sich bei der Operation einer „carcinomatösen" Mamma mit dem Messer unter dem Nagel des linken Ringfingers verletzt. Nach zwei Wochen bemerkte der Kranke einen heftigen Schmerz an dieser Stelle, welche hart und geschwollen wurde. Hierzu gesellten sich stärkste andauernde Kopfschmerzen und sechs Wochen nach der Infektion eine Roseola. Ein dritter Arzt akquirierte Syphilis bei der Entbindung einer scheinbar gesunden Frau, deren Kind bei der Geburt ebenfalls völlig gesund erschien. Drei Tage vorher war der Arzt von einem Papagei in die Hand gebissen worden. Bei der Entbindung hatte er die Rißwunde gut mit Kollodium bedeckt. Das anscheinend gesunde Kind zeigte bald die Symptome hereditärer Syphilis. Der Initialeffekt an der Hand dieses Arztes führte ihn erst am 55. Tage nach der Ansteckung zum Verfasser. Drüsenanschwellung am Arme bestand noch nicht. Erst am 85. Tage erschien ein ausgesprochenes papulöses Exanthem des Körpers und der Volae manus et pedis. Ein weiterer Fall betraf einen 25jährigen Studierenden, der sich bei einer gynäkologischen Untersuchung in der Poliklinik einen Schanker der Hand, zwischen rechtem Zeige- und Mittelfinger zugezogen hatte. Erst 40 Tage nach dem Auftreten dieser Sklerose zeigten sich harte Drüsen in der Achselhöhle und erst nach weiteren 18 Tagen eine Roseola des Rumpfes und der Extremitäten. In drei weiteren Fällen vermochten die Kollegen nicht anzugeben, auf welche Weise sie sich ihre Infektion mit Lues zugezogen hatten. Die Sklerosen saßen bei diesen Kranken am rechten Vorderarm, an der Unterlippe und am rechten Zeigefinger. Merkwürdig bei den meisten der im vorstehenden Artikel erwähnten Fälle ist das späte Auftreten oder Fehlen der regionären Lymphdrüsenschwellung.

2. **Einige Fälle von Nagelerkrankungen,** von George T. Jackson-New York. Verfasser gibt die Krankengeschichten von zwölf Fällen verschiedener Nagelerkrankungen wieder. Einige derselben bieten einiges Interesse. So der Fall einer sehr nervösen 64jährigen Witwe, deren Nägel trophoneurotisch erkrankten. Bei der Kranken zeigte sich zuerst am linken Daumen, dann am linken Mittelfinger, später am linken Ring-

finger sowie nach einigen weiteren Monaten am rechten Zeigefinger eine opake Gelbfärbung des Nagels, abgesehen vom Gebiet der Lunula; mit Längsstreifung und Abhebung vom Nagelbett mit Schuppenanhäufung unter dem Nagel. In einem zweiten Fall, der einen 27jährigen Patienten betrifft, erkrankten alle Finger, abgesehen vom kleinen Finger der rechten Hand, welcher erst ein halbes Jahr später affiziert wurde. Die Nägel waren verdünnt und wurmstichig. Die Öffnungen waren wie mit dem Bohrer gemacht. Ein weiterer Fall betraf einen syphilitischen Kranken, bei welchem sich drei Jahre nach der ersten Erkrankung einzelne Finger und Zehen braun verfärbten, und zwar nur in ihrer unteren Hälfte. Glanz und Form sind unverändert. Ganz anders war das Bild der Nägel bei einem zweiten Syphilitiker. Hier wiesen dieselben quere Rinnen auf. Die Lunulae waren geschwunden. Die unteren zwei Drittel der Nägel waren braun verfärbt, das obere rötlich gefärbt. Die Fingerspitzen selber waren gerötet und geschwollen.

3. **Äthylchlorid in der Zostertherapie,** von Howard Morrow-San Francisco. Der Verfasser wendete in zehn Fällen von lanzinierenden, schlafraubenden Schmerzen bei Herpes zoster Aufspritzung von Äthylchlorid auf die Haut über dem betreffenden zuleitenden Nervenstamm mit grofsem Erfolg an. Die schmerzstillende Wirkung hält einige Stunden bis Tage vor. *Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Cystoskopie, von Leopold Casper-Berlin. Zweite Auflage. Leipzig 1905. Georg Thieme. Der ersten 1898 erschienenen Auflage läfst C. eine zweite folgen, welche nicht nur umgearbeitet, sondern in jeder Hinsicht in Bezug auf Illustrationen und Text vermehrt ist. Der erste Teil über die Cystoskopie trägt zwar den neuen Arbeiten und Beobachtern Rechnung, ist aber in der Hauptsache geblieben, nur dafs natürlich auch das neue Instrumentarium berücksichtigt wird und Beschreibungen eigener Beobachtungen von neuen Krankheitsbildern der Blase hinzukommen. Ganz umgearbeitet und bereichert ist der zweite Teil, welcher sich mit der Verwertung der Cystoskopie und des Uretherenkatheterismus für die Diagnostik und Therapie der Nierenkrankheiten beschäftigt, da ja 1898 der Ureterenkatheterismus noch kaum existierte und erst jetzt sein Wert allgemein anerkannt ist, mit dessen Hilfe gerade Casper und Paul Fr. Richter die funktionelle Nierendiagnostik schufen. Diesem Studium wird naturgemäfs ein grofser Raum gewidmet, handelt doch der siebente Abschnitt von dem Ureterenkatheterismus und der achte sehr umfangreich von der Bedeutung der Cystoskopie und des Harnleiterkatheterismus für die Diagnostik der Krankheiten der Blase und Nieren, deren Anwendung eine Reihe von Fällen dartun. Ein weiteres Kapitel bespricht einige Sonderheiten der weiblichen Blase, woran sich dann die cystoskopische Therapie anschliefst nebst Schilderung der Photographie der Blasenbilder. Ein Schlufskapitel ist der Verwertbarkeit der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Krankheiten der Harnorgane nach den Erfahrungen von Levy-Dorn, Albers-Schönberg, Cowl usw. gewidmet. Das Buch steht entschieden auf der Höhe und erschöpft das Gebiet der neuen Lehre in ihrem jetzigen Stande vollkommen; es ist ein Werk, geeignet zum Nachschlagen in allen verwandten Fragen, welches man in seiner gewandten Form mit Freude liest und welches man nicht weglegt, ohne Nutzen davon zu haben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, von Ernst Finger. (Wien 1905. Franz Deutike.) Das vorzügliche Werk Fingers machte eine sechste Auflage nötig, das beredste Zeichen, welcher Anerkennung und Beliebtheit sich dieses Lehrbuch erfreut. Natürlich trägt auch diese Auflage den Neuforschungen Rechnung, ist daher wieder umfangreicher an Text und Abbildungen geworden, wenn auch natürlich die bewährte Einteilung im grofsen und ganzen dieselben geblieben ist. Einzelnes aus dem Werke zu kritisieren, wäre nutzlos; das Werk spricht in seiner grofsen Verbreitung für sich selbst, und kann auch die neue Auflage nur jedem Interessenten warm empfohlen werden. Möchte bald eine siebente Auflage nötig sein!

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Chemie im täglichen Leben. Gemeinverständliche Vorträge von Prof. Dr. Lassar-Cohn. 5. Auflage. (Leopold Voss, Hamburg 1905.) Selten habe ich ein Buch mit so grofser Befriedigung und so grofsem Bedauern aus der Hand gelegt wie das vorliegende Buch von Lassar-Cohn; mit Befriedigung wegen des fesselnden Inhalts, der klaren, auch für den einfachsten Arbeiter verständlichen Schreibweise, mit Bedauern, dafs das Buch nicht noch mehr Kapitel aufzuweisen hat. Alle die kleinen und grofsen Dinge, die wir täglich in die Hand nehmen und gebrauchen, oder an denen wir täglich achtlos vorübergehen, sehen wir hier vom Standpunkte des Chemikers aus entstehen und wachsen. Wer das Büchlein gelesen, wird die darin besprochenen Dinge, z. B. das Glas, Papier, Zündhölzer, Stearinkerzen, mit ganz anderen Augen betrachten als vor der Lektüre. Auch das medizinische Gebiet wird vom Verfasser gestreift; dies geschieht z. B. beim Zucker (Diät der Zuckerkranken), Anilinfarben (Fiebermittel, Antiseptika, Narkotika), bei der täglichen Nahrungsmenge des Menschen. Dafs speziell die Fleisch essenden Völker an Energie des Willens und an Geist den Pflanzen essenden überlegen wären, wie Verfasser behauptet, ist durch den russisch-japanischen Krieg nicht bewiesen worden, da war es gerade umgekehrt. Jedenfalls ist das kleine Buch eine Fundgrube für den, der sich über die Genese aller im täglichen Leben vorkommenden Gebrauchsgegenstände unterrichten will.

P. Taenzer-Bremen.

Handbuch der Urologie. Herausgegeben von Dr. Anton von Frisch und Dr. Otto Zuckerkandl. Der im Verlage von Alfred Hölder, Wien, erschienene zweite Band des Handbuches der Urologie (871 Seiten Text, 108 Abbildungen und eine Farbentafel) reiht sich in würdiger Weise dem ersten Bande an. Der zweite Band enthält der Reihe nach:

1. Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Nieren und Harnleiter, von Dr. Paul Wagner, Leipzig. S. 1—380.

2. Medizinische Klinik der Krankheiten der Niere und des Nierenbeckens, von Prof. Dr. Julius Mannaberg, Wien. S. 381—545.

3. Die Erkrankungen der Harnblase, von Dr. Otto Zuckerkandl, Wien. S. 546 bis 776.

4. Die nervösen Erkrankungen der Harnröhre und der Blase, von Prof. Dr. L. v. Frankl-Hochwart. S. 777—871.

Auf die Einzelheiten der betreffenden Kapitel näher einzugehen, ist natürlich bei der Fülle des Gebotenen unmöglich. Alle Autoren haben sich mit grofsem Geschick, enormer Sachkenntnis und Klarheit ihrer schwierigen Aufgabe entledigt. Es wird wohl in Zukunft keinen Arzt geben, der sich mit den Erkrankungen der Niere und der Blase beschäftigt, ohne auf diesen Band des epochemachenden und grofs angelegten Werkes zurückzugreifen, ein Werk, welches in voller Ausführlichkeit und trotzdem ohne epische Breite uns mit allen einschlägigen Fragen bekannt macht.

Kein Arzt wird bereuen, das Buch gelesen zu haben, keiner wird es aus der Hand legen, ohne neue Anregung und Belehrung gefunden zu haben.

Auch in diesem Bande ist das Literaturverzeichnis der einzelnen Kapitel von mustergültiger Vollständigkeit und die Zusammenstellung durchaus übersichtlich. Man darf mit Spannung den dritten Band erwarten, der ein Werk krönt, auf das die deutsche Urologie mit berechtigtem Stolz zurückschauen kann. *Dreuw-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Zwei Fälle von Pityriasis rubra Hebrae, von Karl Barthelemé. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Zwei Fälle von Dermatitis exfoliativa, von P. S. Bird-Leeds. (*Brit. med. Journ.* 4. Febr. 1905.) Es handelte sich um die von Fárgol als Erythema scarlatiniforme desquamativum bezeichnete Affektion. Die Erscheinungen waren zeitweilig sehr intensiv und der Juckreiz aufserordentlich quälend. Bei dem einen Fall war ein mehrere Monate anhaltendes Rezidivieren bemerkenswert. Das Allgemeinbefinden war aber niemals erheblich gestört. Warme Bäder und Resinolseife schienen von guter Wirkung zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Vernix caseosa, hereditäre Seborrhoe und fötale Akne, von L. Jacquet und Rondeau. (*La Presse méd.* 1905. Nr. 22.) Es handelt sich um eine Untersuchung der Vernix caseosa, seine Topographie, seine Zusammensetzung, seine Beziehung zu den Funktionen der fötalen Seborrhoe und um die Erklärung der Biologie dieser Hautaffektionen. Die Menge des Vernix ist sehr verschieden, bisweilen fehlt er gänzlich, auch an Festigkeit und Farbe ist er wechselnd, oft mehr weifs, oft mehr gelb, oft flüssiger oder fester. Er enthält reichliche Zellen der Epidermis, meist globulär und durchsichtig, oft mit Kernen versehen, das freie Fett wird durch Osmiumsäure braunschwarz gefärbt, reichlich Lanugohaare sind in dem Vernix. Der Vernix zeugt von einer starken Tätigkeit des Auftretens einer fötalen Seborrhoe. Auch eine andere Art von Tätigkeit dieser Erscheinung ist noch bemerkenswert: Eine grofse Zahl von Föten und Kindern zeigen eine wirkliche miliare, seborrhoische Akne, die den ganzen Körper bedecken kann bei sonst gesunder Haut, welche meist nach fünf Tagen verschwunden ist. Die Untersuchung des Vernix ergab, dafs er eine akute Keratoseborrhoe darstellt, entstanden durch eine pathologische Excitation, die vom Plasmon der Mutter ausgeht und lokalisiert wird durch eine endo-kutane Excitation. Die miliare Seborrhoe und die Acne infantilis sind eine hereditäre seborrhoische Erscheinung. So ist die miliare Seborrhoe und die Acne foetalis ein Zeichen einer speziellen organischen, und zwar einer sexuellen Excitation beim Fötus ebenso wie beim Erwachsenen in der Pubertätszeit; sie sind Komplikationen oder besser notwendige Begleiterscheinungen einer Pubertät en miniature.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Histopathologie der Seborrhoe, der seborrhoischen Dermatitis und der Psoriasis, von R. W. Brimacombe-London. (*Lancet.* 18. Febr. 1905.) Verfasser führt an der Hand von zwei Abbildungen, welche die mikroskopischen Verhältnisse

bei seborrhoischer Dermatitis und bei Psoriasis veranschaulichen, ungefähr folgendes aus: Während bei der Seborrhoe, dem „Fliefsen von Sebum", die Talgdrüsen stets hypertrophisch sind, findet man dieselben bei der Dermatitis seborrhoica in atrophischem Zustande oder gar nicht vorhanden. Die Hornschicht ist bei letzterer verdickt, die kapillare Zirkulation verstärkt, und die Schweifsdrüsen sind hypertrophiert. Wo die Papelbildung im Bereiche eines Follikels stattfindet, füllt sich dieses mit Hornmassen an, und auf diese Weise entsteht die Dermatitis seborrhoica. Ihre Entstehung ist nach B. durchaus nicht von der Einwirkung von Mikrobien abhängig. Die Schweifsdrüsen, welche auch unter normalen Verhältnissen gelegentlich Fettkügelchen enthalten, sondern hierbei in verstärktem aber doch nicht hinreichendem Mafse Sebum ab. Bei der Psoriasis, welche als eine höhere Stufe dieser Vorgänge zu betrachten ist, findet man neben einer starken Vermehrung der bindegewebigen Elemente Fasern und Zellen in der Cutis, eine Störung der Verhornung der Zellen im Stratum corneum und Veränderungen an den Schweifsdrüsen, welche teils hypertrophisch, teils atrophisch oder ganz geschwunden sind. Von den Talgdrüsen ist dabei meist gar nichts mehr zu finden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Psoriasis vulgaris und deren Behandlung, von Eugen Gerstle. (Inaug.-Dissert. München 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Die Sabouraudsche Methode der Behandlung von Tinea tonsurans, von J. L. Bunch-London. (*Lancet.* 18. Febr, 1905.) Bekanntlich hat Sabouraud seit längerer Zeit angefangen, die Trichophytie der Kopfhaut mittels Röntgenstrahlen zu behandeln. Die Resultate sind, wie B. bei einem Aufenthalt von mehreren Monaten in Paris konstatieren konnte, aufserordentlich befriedigend gewesen, namentlich seitdem gewisse Verbesserungen in der Technik eingeführt sind. In der ersten Hälfte des Jahres 1903 wurden in den Schulen für Trichophyton-Kinder 57 Fälle als geheilt entlassen; im gleichen Zeitraum des Jahres 1904 dagegen 134, unter denen sich 100 befanden, welche mit anderen Mitteln vergeblich behandelt worden waren. Die Dauer der Behandlung ist jetzt durchschnittlich 3½ Monate gegen 18 Monate der früheren Behandlung. Das ganze Prinzip der Behandlung besteht darin, durch eine genau dosierte Bestrahlung der erkrankten Stelle die Haare und die daran haftenden Mikrobien glatt zum Ausfallen zu bringen. Dies beginnt in den meisten Fällen etwa vom 15. Tage der Bestrahlung an. Die nachwachsenden Haare entwickeln sich zwar meist sehr langsam, sind aber frei von Parasiten. Die Bestrahlung erfolgt mit jeglicher Crookesscher Röhre, welche mit der Villarsschen Modifikation zum Härten resp. Weichmachen versehen ist. Die Entfernung vom Kopfe soll 15 cm betragen. Die Resistenz soll dem vierten Grade des Benoistschen Radio-Chromometers entsprechen, und die Quantität der Strahlen etwa vier bis fünf Einheiten der Holzknechtschen Skala. Natürlich ist die Umgebung gegen die Bestrahlung geschützt. Die zu bestrahlenden Gebiete werden am besten viereckig genommen, um keine Lücken zu lassen und auch eine etwaige doppelte Bestrahlung einzelner Stücke zu vermeiden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einen Fall von eiteriger Mastitis infolge von impetiginösem Ekzem erwähnt Condulmer. (*Rivista med.* April 1905.) Die Infektion hatte während der Laktation stattgefunden, indem das Kind an einem impetiginösen Ekzem des Gesichtes litt. Die Mastitis bei der Mutter zeigte sich etwa einen Monat nach dem Auftreten des Ekzems beim Kinde. *C. Müller-Genf.*

Pemphigus neonatorum, von J. L. Folly-Montreal. (*Brit. med. Journ.* 8. April 1905.) Verfasser beschreibt kurz eine kleine Epidemie des Leidens, bei welchem sämtliche neugeborenen Kinder in einem Entbindungsinstitut affiziert waren. Die Blasen traten zuerst an den Händen, dann am Gesicht, Nates und anderen Teilen hervor, wurden bald pustulös und konfluierten. Namentlich am Gesicht bildete sich

eine starke ödematöse Schwellung. Am meisten erinnerte die Affektion an Impetigo contagiosa. Unter Hydrarg. Ammoniat-Salbe heilten die Läsionen bald ab. Ein ätiologisches Moment konnte nicht festgestellt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Beziehungen zwischen Comedo, Akne, Furunkel und die Art ihrer Behandlung, von Beschoven-Prenzlau. (*Medico.* 1905. Nr. 5.) Aus dem kurzen, sonst nichts Neues bringenden Artikel wäre die Furunkelbehandlung hervorzuheben. B. bedeckt die ergriffenen Stellen mit Mullkompressen, die in eine frisch bereitete Mischung von Alcohol. absol. und 1 % essigsaure Tonerdelösung getaucht sind. Dieser Verband bleibt 24 bis 28 Stunden liegen und wird bis zur Vollendung der eiterigen Einschmelzung erneuert. Zur Nachbehandlung ist beim Befallensein größerer Hautpartien nach Ablauf der entzündlichen Reaktion eine prophylaktisch wirkende Massage mit Spirit. sapon. ratsam. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Scabies in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Canada, von J. N. Hyde-Chicago. (*Amer. Journ. med. science.* März 1905.) Bekanntlich ist Krätze in Amerika lange nicht so stark verbreitet wie in Europa. Es ist allerdings gelegentlich über ganze Epidemien dieses Leidens dort von Zeit zu Zeit berichtet worden, doch hat sich später herausgestellt, daß es sich dabei um andere Dermatosen mit ähnlichen Erscheinungen handelte. H. schätzt die Gesamtzahl der Krätzekranken in den größeren amerikanischen Städten auf eine kleinere Ziffer wie in Wien, Berlin, London, oder vor allem Paris, ein. Hauptsächlich ist die Einwanderung die Hauptquelle der Erkrankungen in der neuen Welt, und die Statistiken lassen eine Zunahme des Leidens direkt als Folge vermehrter Einwanderung, wenn auch zeitlich durch einen gewissen Zwischenraum davon getrennt, erkennen. Auch führen größere Ansammlungen von Menschenmassen, wie bei der Weltausstellung in Chicago oder während Kriegszeiten, stets eine Steigerung der Krankenzahl herbei. Damit stimmt überein, daß z. B. die Statistik des Jahres 1902 für die dichtbevölkerten Städte des Ostens 1177 Fälle ergaben, für diejenigen des Westen aber nur 158.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Leukoplakia linguae mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ätiologie und Histologie, von Heinrich Dillmann. (Inaug.-Dissert. Gießen 1902.)

Fritz Loeb-München.

b. *Cutis.*

Ein Fall von Pyodermite végétante, von Reinhold Ledermann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 6.) Bei einer 24jährigen Person begann zuerst an dem rechten Nasenflügel, nach erfolgter Abheilung zwei Monate darauf an der gleichen Stelle, später, nach angeblicher Verschlimmerung durch Gebrauch einer Zinkperubalsamsalbe, an dem anderen Nasenflügel, zugleich unter starker Vergrößerung des ursprünglichen Krankheitsbezirkes, ein Hautleiden, welches der Hallopeauschen Krankheit entspricht. Dreiviertel Jahr nach dem ersten Auftreten entsteht erst die ausgedehnte Affektion am Nabel, und nun, nachdem die eingeleitete Lichtbehandlung erfolglos geblieben, tritt die Generalisierung der Krankheitsherde allmählich in die Erscheinung. Charakteristisch für den ganzen Entwicklungsgang ist das Auftreten der Primärläsion in Form miliarer Pusteln ohne Fieber und mit leichtem Jucken. Das ganze Bild, dessen nähere Beschreibung hier im Referat zu weit führen würde, stimmt mit den von Hallopeau zuerst beobachteten Fällen durch die Art der Primäreffloreszenzen, durch die Gruppierung und Lokalisation derselben, durch die weitere Entwicklung zu größeren serpiginösen Herden, durch die Mitbeteiligung der Schleimhäute, durch die Abhebung der Nägel, durch das ausschließliche Vorkommen bei Erwachsenen überein, nur daß der vegetierende Charakter der Plaques in

Ledermanns Fall nicht in so ausgeprägter Weise zutage tritt. Der Fall unterscheidet sich von dem zuletzt beobachteten Hallopeaus dadurch, dafs wirkliche Blasen nie beobachtet wurden und durch das meist symmetrische Auftreten. Der Verlauf war gutartig. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica), von Moritz Oppenheim-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 18.) O. fafst die klinischen und histologischen Eigenschaften auf Grund der Beobachtung von vier Fällen der Dermatitis blastomycetica folgendermafsen zusammen: Das klinische wie das histologische Bild bildet das Resultat akuter und chronischer Hautveränderungen. Die akuten klinischen Symptome sind: allmählich gegen die Umgebung abklingende helle Rötung und Schwellung mit oberflächlicher Pustelbildung. Die Pusteln haben einen ganz eigenen Typus. Sie gleichen gelben und roten Knötchen von sehr weicher Konsistenz und durchscheinendem Inhalt, der sich als dicklich und fadenziehend erweist. Nach Zerfall der Pusteln entstehen seichte, unregelmäfsig begrenzte, lebhaft sezernierende Geschwüre, die mit zarten Narben ausheilen. Die Narben haben ein gelbgesprenkeltes Aussehen.

Histologisch entspricht diesem Stadium das Vorhandensein von intrakornealer, subkornealer und intraepithelialer Abscefsbildung; zwischen Epidermis und Cutis wurde nie ein Abscefs beobachtet. Die Epidermiszapfen sind meistens verbreitert und verlängert, das Stratum papillare entzündlich infiltriert. In den Abscessen und Infiltraten Blastomyceten vereinzelt oder in Gruppen, aber nie zahlreich. Dieses akutere Stadium der Krankheit gibt bei längerem Bestande ein Bild, das die meisten Fälle zeigen und das dem Lupus verrucosus ähnlich wird. Man sieht dann wallartige oder gewulstete Infiltrate, blasse, narbige Zonen umgebend, Verdickungen der Nase und Lippen, die oberflächlich exkoriiert und mit Krusten bedeckt sind, tiefe Geschwüre mit unregelmäfsigen Rändern und unebenen, mit dicken Borken bedecktem Grunde, die manchmal den Nasenflügel konsumieren und das Septum der Nase perforieren. Auf der Basis dieser Geschwüre kommt es zur Bildung papillärer Exkreszenzen, die bald die Ränder der Geschwüre überragen, dicht angeordnet sind und stellenweise an den Spitzen Verhornung zeigen. Histologisch finden sich, abgesehen von Veränderungen der Epidermis, die analog den früher geschilderten sind, dichte Infiltrationen mit Rund-, Plasma- und Riesenzellen. Die Infiltrate durchsetzen alle Schichten der Cutis und gehen noch in die Subcutis hinein. Dieses Infiltrat zeigt teils Neigung zum eitrigen Zerfall, teils zur Narbenbildung; in ihm findet man spärlich die Blastomyceten. Allen vier Fällen gemeinsam ist das Befallensein der Nase und die längere Dauer des Prozesses. Gemeinsam war auch allen vier Fällen der eklatante Erfolg der Jodtherapie. Was die Differentialdiagnose betrifft, so kommen in erster Linie in Betracht Lupus vulgaris und Hypertrophicus papillaris, Tuberculosis verrucosa, Syphilis und Epitheliom, in zweiter Lupus erythematosus und Acne vulgaris faciei. Gegen Lupus vulgaris und Papillaris hypertrophicus sprechen die hellrote Farbe, die unscharfe Begrenzung, die Perforation des Nasenseptums und die eigentümliche Beschaffenheit der Pustelknötchen; gegen Tuberculosis verrucosa die grofse Ausbreitung der Affektion, die Weichheit der papillären Wucherungen und die tiefen Geschwüre. Von Syphilis unterschied sich die Affektion durch die unregelmäfsige, unscharfe Begrenzung, die hellrote Farbe, die Unregelmäfsigkeit der Substanzverluste, die Zartheit der Narben; vom Epitheliom durch die Weichheit der Geschwürsränder und papillären Exkreszenzen, die Kombination des ulcerösen Prozesses mit den eigenartigen transparenten Knötchen. Vom Lupus erythematosus ist die Blastomykose durch die tiefen Ulcerationen, die Perforation des Nasenseptums, die gelblichroten Knötchen, die unscharfe Umgrenzung, und von der Acne confluens faciei, die nur wegen der manchmal den Aknepusteln ähnlichen Knötchen im An-

fangsstadium der Krankheit in Betracht käme, durch die diffusen, hellen Rötungen und durch alle übrigen, den weiteren Verlauf der Affektion charakterisierenden Symptome zu unterscheiden. Sehr gestützt wird selbstverständlich bei dem nach der Dauer des Leidens sehr wechselnden Krankheitsbilde erst dann die Diagnose, wenn in den Sekreten, Borken und im Inhalte der Knötchen Blastomyceten reichlich und in Sprofsformen konstant zu finden sind und das histologische Präparat deren Anwesenheit nicht nur an der Oberfläche der Haut und in Ansammlungen polynukleärer Leukocyten der Epidermis ergibt, sondern auch in den Infiltraten der Cutis und Subcutis. Freilich ist auch dann die Diagnose noch nicht über jeden Zweifel erhaben, solange nicht Reinkultur, Tierexperiment und Inokulation auf den Menschen gelungen sind. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von Pustula maligna cutanea, von SCHERBAKOW. (*Praktischeski Wratsch.* 1905. S. 278.) Der beschriebene Fall betrifft einen 45jährigen Mann und ist hinsichtlich Lokalisation und Ätiologie von Interesse. Der Sitz der Pustula maligna war nämlich auf dem Rücken, im Gebiet der oberen Brustwirbel. Als wahrscheinliches ätiologisches Moment wird vom Autor, nach Ausschlufs aller sonstigen Möglichkeiten, der Skarificator angesehen, mit welchem der Kranke einen Tag vor Auftritt der ersten Symptome des Leidens von einem Feldscher an derselben Stelle geschröpft worden war. Patient genas. *Arth. Jordan-Moskau.*

Die Framboesia (Pian) an der Elfenbeinküste, von CANNAC. (*Arch. de parasit.* 1905. Band 9, Nr. 2.) Im östlichen Teile der Elfenbeinküste (Guinea) ist die Framboesia (französisch Pian) aufserordentlich häufig; wohl die Hälfte der Eingeborenen leidet daran, sie nennen die Krankheit „n'do". Die Affektion ist kontagiös; sie entsteht durch Übertragung des an den Effloreszenzen abgesonderten spezifischen Eiters auf Hautwunden gesunder Menschen. Sie beginnt entweder ganz akut ähnlich wie das Denguefieber mit Temperatursteigerung, Kopf- und Gelenkschmerzen und einer stark juckenden vesikulösen Eruption oder ganz langsam und schleichend ohne Allgemeinerscheinungen. Vierzehn Tage bis zwei Monate nach der Infektion zeigen sich die charakteristischen Hauteffloreszenzen, die Piantuberkeln oder framboesoiden Granulationsgeschwülste, verschieden grofse, himbeerartige, weifsliche, weiche, leicht blutende, stark juckende Wucherungen, die eine klebrige, leicht koagulierende, seröse Flüssigkeit absondern; die Haut in ihrer Umgebung ist nicht induriert, aber manchmal von sehr feinen Bläschen bedeckt. Die Wucherungen kommen an allen Körperregionen vor, aufser am Handteller und den Fufssohlen; Prädilektionsstellen sind Finger und Zehen und alle Stellen, an denen viel Schweifs abgesondert wird. An den Schleimhäuten hat C. niemals Effloreszenzen beobachtet. Die einzige Begleiterscheinung der Wucherungen ist eine Schwellung der Drüsen; die vergröfserten Drüsen sind weich, schmerzen nicht und kommen für gewöhnlich nicht zur Vereiterung. Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Die Geschwülste können spontan kleiner werden, abtrocknen und ohne Hinterlassung von Narben verschwinden; häufiger kommen sie zur Vereiterung, es bilden sich dann aus ihnen phagedänische Geschwüre; meist finden sich bei einem Kranken beide Entwicklungsformen. Nach der Abheilung sind die Stellen, an denen die Effloreszenzen safsen, anfänglich pigmentlos, im Laufe der Zeit aber bekommen sie die normale Hautfarbe wieder. — Von manchen Autoren wird die Framboesia, die Männer wie Weiber, Erwachsene und Kinder befällt, für eine syphilitische Manifestation gehalten, nach Ansicht C.s durchaus mit Unrecht; die Framboesia ist vielmehr eine spezifische endemische Hautkrankheit. — Zur Behandlung empfiehlt C. auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen: Abseifung im warmen Vollbade, sorgfältiges Beizen (? franz.: décapage

aller Wucherungen und täglich oder jeden zweiten Tag zu wiederholende Touchierung mit 20%iger Lösung von doppelchromsaurem Kalium. Unter dieser Therapie erfolgt in 1½—2 Monaten die Heilung. *Götz-München.*

Ein Fall von Pemphigus vegetans mit besonderer Berücksichtigung der Histologie, von KARL BERNHARD. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Breisgau 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von ausgedehnter Diphtherie der Haut nebst Untersuchungsresultat am Nervensystem, von C. BOLTON und D. BREWER-London. (*Lancet.* 29. April 1905.) Es handelte sich um ein 1½jähriges Mädchen, welches mit einem angeblich seit sieben Tagen bestehenden, spontan entstandenen Geschwür der Leistengegend aufgenommen wurde. Das erkrankte Gebiet war etwa 3 Zoll lang und 2 Zoll breit, im Zentrum gangränös und von einem ca. ½ Zoll breiten, entzündlichen Hofe umgeben. Die bakteriologische Untersuchung lieferte Reinkulturen von Diphtheriebazillen. Der Tod erfolgte am 41. Krankheitstage. Das Herz zeigte eine geringe fettige Entartung, etwas mehr die Leber. An einigen Nerven fand man trübe Schwellung, Anhäufung von Fettkügelchen in den Myelinhüllen und Quellung an den Achsencylindern, im allgemeinen aber nur wenig ausgesprochene Störungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie des Noma, von SHICHIRO AKIJAMA. (Aus der kgl. Universitäts-Kinderklinik zu München. Inaug.-Dissert. München 1904.) Aus der Beschreibung des Verfassers geht hervor, dafs es sich auch in dem vorliegenden Falle, ebenso wie in den seinerzeit von RANKE und einer Reihe anderer Autoren veröffentlichten als markanter Befund massenhafte Pilzfäden gefunden haben. Die Lagerung derselben im Fettgewebe usw. entsprach vollständig den Abbildungen der letzten RANKEschen Arbeit, die Verfasser eingehend bespricht. Es ist also auch diese Beobachtung ein weiterer Beitrag zu der Lehre, dafs ein streptothrixähnlicher Pilz die Ursache der nomatösen Erkrankung ist. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Rhinosklerom, von A. BUSCHKE-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 10.) Es handelt sich um einen typischen Fall mit noch sehr charakteristischen Veränderungen im Pharynx, welcher nichts Neues bietet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über einen Fall von Rhinosklerom, von BRUNO LICHTHORN. (Inaug.-Dissert. Berlin 1903.) Kasuistische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Histologie der Mycosis fungoides, von ERNST MÜHSAM. (Inaug.-Dissert. Breslau 1902.)

Über Mycosis fungoides, von ALFRED WITKOWSKI. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Die Lichtbehandlung bei Mycosis fungoides, von J. BELOT. (*La presse méd.* 1905. Nr. 32.) Gegen die Mycosis fungoides und ihre verwandten Krankheiten wie Mycosis fungoides d'emblée, Lymphodermia perniciosa usw. war bisher jegliche Therapie machtlos; zwar nützte zuweilen die interne Darreichung von Arsen etwas, während äufserlich Pyrogallus und Kampfernaphtol die Beschwerden etwas linderten, aber das Leiden als solches blieb unheilbar und führte zur Kachexie und zum Tode. Einen Umschwung brachten die Röntgenstrahlen, über deren grofsartige Wirkung an einem Fall aus der Abteilung BROCQS Verfasser berichtet. Schon kurz nach Beginn der Behandlung hörte das lästige Jucken auf und nach mehreren intensiven Bestrahlungen, welche in Pausen von ½—1 Monat vorgenommen wurden, schwanden die Knoten, und es scheint nach den Photographien, welche vor und nach der Behandlung aufgenommen sind, als ob tatsächlich eine Heilung erlangt ist. Ob es sich um eine Dauerheilung handelt, mufs erst die Zeit lehren. Ähnliche günstige Resultate sind

auch von anderer Seite berichtet, so daſs die Anwendung der Röntgenstrahlen tatsächlich ein wesentlicher Schritt in der Therapie dieser bisher so absolut unheilbaren Mycosis fungoides zu sein scheint. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zur primären Hautaktinomykose des Menschen, von Wilhelm Dreyfus. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1903.) Kasuistische Arbeit.

Fritz Loeb-München.

Über Aktinomykose und Syphilis des Musculus sterno-cleido-mastoideus, von Georges Martinet. (*Thèse de Lyon.* 1903.) Ohne erhebliches Interesse.

Fritz Loeb-München.

Über Endresultate der Behandlung der Aktinomykose, von Georg Heinzelmann. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1903.) In der Arbeit wird ein Fall von aktinomykotischer Fingererkrankung angeführt, der sowohl hinsichtlich seiner Lokalisation von Interesse ist, da es in der reichhaltigen Kasuistik über Aktinomykose nur verhältnismäſsig wenig Fälle gibt, in denen der Prozeſs sich in der äuſseren Haut festgesetzt hatte, als auch dadurch, daſs der Infektionsträger in ihm, bestehend in einem mit Aktinomyces-Pilzen besetzten Holzsplitter gefunden wurde. (Der Fall ist seinerzeit in *Bruns Beiträge.*, Bd. 111., S. 355 eingehend beschrieben worden. Verfasser erwähnt, daſs bei einer neuerdings ausgeführten Nachuntersuchung das Heilungsresultat ein dauerndes geblieben ist.) *Fritz Loeb-München.*

Statistik der auf der ersten medizinischen Abteilung des Krankenhauses l. d. Isar zu München vom Jahre 1892—1900 vorgekommenen Fälle von Erysipel, von Georg Freymann. (Inaug.-Dissert. München 1902.)

Fritz Loeb-München.

Zwei Fälle von eiteriger Mediastinitis nach Erysipel, von Max Brinkmann. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Im Fall 1 (Kind von 11 Monaten) lautete die anatomische Diagnose: Sepsis nach Erysipel der unteren Körperhälfte, eiterige Mediastinitis, eiterige Pleuritis beiderseits usw. Im Fall 2 (37jähriger Mann): Sepsis nach Erysipel des Kopfes und des Pharynx. Beiderseits eiterige fibrinöse Pleuritis, eiterige Mediastinitis usw. *Fritz Loeb-München.*

Zu der Mitteilung von Professor Franke über Erysipelbehandlung, von Gustav Doberauer-Prag. (*Therap. Monatsh.* 1905. Nr. 3.) Verfasser betont, daſs das von Franke geübte Verfahren der Erysipelbehandlung, bestehend in Abgrenzung durch Lymphbahnen der Haut komprimierende Heftpflasterstreifen und, wo die Applikation desselben, z. B. am Kopfe, nicht gut angängig, durch Aufpinselung von Kollodium, was denselben Effekt gibt, bereits früher von Prof. Wolfler-Prag angewendet sei. Verfasser macht daher als Assistent Wolflers das Prioritätsrecht geltend, was auch in einer sich sofort anschlieſsenden Bemerkung von Felix Franke absolut nicht bestritten wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zur Frage der Wirksamkeit innerer Medikation beim Erysipel, von Fritz Lotsch. Aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Charlottenburg. (Inaug.-Dissert. Berlin 1904.) Von den wegen Erysipel behandelten Patienten waren 43 männlichen, 64 weiblichen Geschlechtes.

Es entfallen auf die Jahre

1—10	4
10—20	19
20—30	87
30—40	20
40—50	12
50—60	13
60	2

10 mal findet sich eine verneinende Angabe über das Vorhandensein einer Wunde;
36 mal findet sich diese Frage bejaht;
10 mal ist aus der Beschreibung die Annahme einer Wunde berechtigt;
33 mal ist über das Vorhandensein einer Wunde nichts gesagt und nichts ersichtlich.

Beim Erysipel treten bei Chininbehandlung an die Stelle der Continua mit den leichten Morgenremissionen stärkere Remissionen oder auch Intermissionen. Die Entfieberung geschieht auch bei Chiningebrauch keineswegs kritisch, nur wird die Lysis auf eine kürzere Zeit zusammengedrängt. Aus der mitgeteilten Statistik geht hervor, dafs das Chinin mit jeder anderen Behandlungsweise zum mindesten konkurrieren kann. Verfasser empfiehlt das Mittel zur Behandlung des Erysipels, geht aber nicht so weit, es als ein Spezifikum zu bezeichnen oder gar sich auf den Standpunkt einiger französischer Autoren zu stellen, die das Erysipel als eine „maladie à quinquina" ansehen. „Solange wir kein Spezifikum haben, müssen wir uns mit symptomatischen Mitteln helfen, und unter der Unzahl von versuchten und wieder verworfenen Mitteln scheint das Chinin das den Symptomen am besten Rechnung tragende Mittel zu sein, denn es beeinflufst das im Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes stehende Fieber. Seine chemische Wirkungsweise berechtigt sogar zu der Annahme, dafs es mehr als rein symptomatisch wirkt." *Fritz Loeb-München.*

Guter Erfolg durch Antistreptokokkenserum bei einem schweren Erysipelfall, von Arthur Jordan-Moskau. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 7.) Ein durch vierzehn Tage mit anderen Mitteln vergeblich behandelter Fall von schwerem, hoch fieberhaftem Erysipel wurde durch Antistreptokokkenserum insofern günstig beeinflufst, als das Erysipel nach vier innerhalb einer Woche ausgeführten Injektionen von je 10 ccm Serum schwand. Am siebten und achten Tage nach der ersten Injektion traten heftige Gelenkschwellungen und Gelenkschmerzen auf, die aber bald zurückgingen. Eine akute hämorrhagische Nephritis, die den weiteren Krankheitsverlauf komplizierte, ist, wie Verfasser glaubt, nicht auf das Serum, sondern auf das Erysipel selbst zurückzuführen. Verfasser rät zur Anwendung des Serums nur in schweren Fällen. *A. Loewald-Kolmar.*

Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Feldmann: Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Erysipel mit Argentum colloidale, von Löwenheim-Liegnitz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 8.) Den von Feldmann in Nr. 3 der *Dtsch. med. Wochenschr.* mitgeteilten Fall hält Verfasser nach der Beschreibung für einen Fall von urticariellem Ödem. Er sieht solche Fälle in der schlesischen Niederung oft epidemisch im Anschlufs an Überschwemmungen. *A. Loewald-Kolmar.*

Beitrag zur Kasuistik der Elephantiasis penis, von Willy Pullmann. (Inaug.-Dissert. Giefsen 1902.)

Elephantiasis nach Lymphdrüsenexstirpation, von Hermann Luiken. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1902.) *Fritz Loeb-München.*

In der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn (Sitzung am 12. Dezember 1904) demonstriert Westphal **zwei Fälle von Elephantiasis bei Dementia praecox.** In dem einen Falle betraf die Elephantiasis den rechten Unterschenkel und Fufs, in dem anderen die Genitalien. Wahrscheinlich ist das Zusammentreffen von Elephantiasis mit der Psychose ein zufälliges. Es ist aber auch möglich, dafs vasomotorische Störungen, besonders eigenartige, umschriebene Ödeme, wie sie bei der Hebephrenie nicht gar so selten vorkommen, den Boden für die Entwicklung der Elephantiasis vorbereitet haben. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 15.)
A. Loewald-Kolmar.

Beitrag zur Therapie der auf Ulcus molle folgenden Bubonen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung mit SALZWEDELschen Spiritusverbänden, von LOUIS SONNTAG. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.)

Fritz Loeb-München.

Über zwei Fälle von Ulcus phagedaenicum der Genitalgegend, von PARLATO. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1905. Nr. 4.) In beiden Fällen erstreckten sich die Geschwüre über das gesamte Gebiet der Geschlechtsorgane und führten zu bedeutender Zerstörung der Gewebe mit Fistelbildung, Perforation der Harnröhre, hochgradige elephantiastische Hypertrophie, narbige Retrakturen, Tendenz zum Rezidivieren. Bei dem einen der beiden Patienten war das Geschwür die erste Manifestation der tertiären Syphilis und war nach einer Kratzwunde am Penis entstanden. Über den Ausgang der Ulcerationen bei seinen Patienten weifs Verfasser nichts zu berichten, da sich die letzteren der Behandlung vor der definitiven Heilung entzogen.

C. Müller-Genf.

Versuche mit Cerolin bei Behandlung von Furunkulose, von J. MEISELS und L. BRAUNER-Wien. (*Pharmakol. u. Therap. Rundschau.* 1905. Nr. 5.) ROOS und HINSBERG gelang es, aus der Hefe eine Fettsubstanz darzustellen, die den Namen Cerolin erhielt und die beide Forscher als das wirksame Heilprinzip der Hefe ansehen. Verfasser sahen sich veranlafst, das Cerolin bei Furunkulose zu versuchen, und wenn auch nach ihrem eigenen Geständnis diese Versuche nicht abgeschlossen sind, da ihnen nicht genügend einschlägige Fälle zur Verfügung standen, so glauben sie doch, es als feststehend betrachten zu dürfen, dafs Cerolin von wesentlichem Einfluls auf die Abkürzung des Prozesses war. Verwendet wurden die von Boehringer & Co., Mannheim hergestellten Pillen, die zu 0,1 Cerolin enthalten in Dosen von dreimal täglich 1—3 Pillen.

Putzler-Danzig.

Die Behandlung des Furunkels. (*Rev. intern. de Méd. et de Chir.* 25. Febr. 1905.) Bringt nichts Neues.

C. Müller-Genf.

Behandlung der Furunkulose und Folliculitis mit Hefepräparaten, von A. v. KIRCHBAUER-Nürnberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 18.) Verfasser fafst seine Erfahrungen wie folgt zusammen:

1. Die interne Behandlung mit Hefepräparaten bei Akne, Furunkulose und Folliculitis zeitigt bei einer Infektion von innen sehr gute Erfolge.

2. Bei Infektion von aufsen verspricht die interne Behandlung nicht viel. Hier tritt die externe Behandlung mit Hefepräparaten in ihre Rechte, am besten mit Salicylschwefelhefeseife.

3. Kombinierte Behandlung ist nur da indiziert, wo man sich über die Ätiologie nicht klar ist oder wenn bei einer Infektion von aufsen Infektionsstoffe auf dem Wege der lymphatischen Resorption bereits in die Blutbahn gelangt sind.

A. Loewald-Kolmar.

Über einen seltenen Fall von Lichen ruber acuminatus, von CARL EUGEN BRANDTS. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Der beschriebene Fall ist bei den wenigen heute mit tödlichem Ausgang verlaufenen Erkrankungen von Lichen ruber acuminatus und den wenigen Sektionsberichten hierüber bemerkenswert. Besonders interessant gestaltet er sich durch seinen klinischen Verlauf, da er mit Morbus Addisonii kompliziert war und bei Behandlung des Lichen ruber acuminatus in bezug auf diese Erkrankung eine grofse Besserung zu konstatieren war, andererseits die Nebennierenbehandlung mit den Tabletten von Welcome und Borroughs einen geradezu eminenten Erfolg, wenn auch nur vorübergehend, zeitigte.

Die mikroskopische Diagnose lautete: Verkäsende Tuberkulose der Nebenniere (Morbus Addisonii), chronischer Lichen ruber acuminatus mit narbiger Schrumpfung

der Haut und lokalisierter Hyperkeratosis. „Jedenfalls dürfte es sich wohl empfehlen, die Sektion bei derartigen Erkrankungen nicht zu unterlassen und auf den mikroskopischen Befund Wert zu legen, damit es der unermüdlichen Forschung auf dem Gebiete der Lichenerkrankungen gelingen möge, Licht in das bis jetzt noch herrschende Dunkel zu bringen." *Fritz Loeb-München.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Was wissen wir über die Ursache der bösartigen Geschwülste? von v. Hansemann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 12.) Um die Natur des Krebses zu erkennen, bestehen drei Richtungen, die erste geht von der Möglichkeit aus, daſs die Krebse parasitäre Krankheiten sind, die zweite, daſs erbliche Verhältnisse die Hauptrolle spielen, die dritte, daſs der Krebs auf traumatischer Basis entsteht, wobei allerdings das Trauma nicht im gewöhnlichen Sinne der groben Verletzung aufzufassen ist, sondern in einem viel weiteren. Alle drei Auffassungen werden eingehend erörtert, wobei Verfasser die parasitäre Ätiologie in langer Auseinandersetzung als seinen Anschauungen nicht entsprechend ablehnt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Vorläufiger Bericht über einen Immunitätskörper im Blute von Mäusen, welche spontane Carcinomheilung zeigten, und die Wirkung dieses Immunserums auf im Wachstum befindliche Tumoren bei Mäusen, die mit demselben Material geimpft waren, von Harvey R. Gaylord, G. A. H. Clowes und F. W. Baeslack-Buffalo. (*Med. News.* 14. Jan. 1905.) Wie der lange Titel besagt, gelang es Verfassern, mit dem Blutserum von Mäusen, bei welchen carcinomartige Geschwülste spontan zurückgegangen waren, bei Mäusen, die ziemlich groſse Tumoren schon zeigten (nach künstlicher Infektion), deren Wachstum aufzuhalten, kleinere Geschwülste völlig zum Schwinden zu bringen und den Tieren auf diese Weise eine solche Immunität zu verleihen, daſs sie von Rezidiven verschont blieben. Die Kontrolltiere, welche normales Mäuseserum in derselben Dosis wie obige (mit dem Carcinomserum) erhielten und sogar kleinere Geschwülste hatten, gingen insgesamt nach drei bis vier Wochen zugrunde. Die histologische Untersuchung der Tumoren, bei welchen teilweise Rückbildung eingetreten ist, zeigte, daſs die Veränderungen im Epithel auf einfache Atrophie zurückzuführen sind und jenen gleichen, die auch zuweilen beim Menschen bei spontaner Carcinom-Rückbildung vorkommen. Verfasser kommen daher zu dem Schlusse, daſs zweifellos auch beim Menschen eine ähnliche Immunität gegen Carcinom vorhanden sei und die Anwendung dieser Tatsachen die Frage der Krebsheilung, wie sie bei weiterer Arbeit hoffen, zur endgültigen Lösung bringe. *Stern-München.*

Untersuchungen über die Ätiologie des Carcinoms; das Vorhandensein von Plasmodiophoren in carcinomatösen Neubildungen und die erfolgreiche Züchtung der Parasiten, von W. F. Robertson und H. Wade-Edinburgh. (*Lancet.* 28. Jan. 1905.) Die von anderen Autoren aufgestellte Ansicht, daſs die Entstehung des Krebses auf die Einwirkung von Parasiten von der Art der Plasmodiophora brassicae zurückzuführen sei, halten die Verfasser auf Grund ihrer sehr sorgfältigen und ausführlichen Untersuchungen für durchaus wahrscheinlich. Mittels neuer Färbemethoden, bei denen hauptsächlich Silberverbindungen eine Rolle spielen, neben Nachfärbungen mit Gold-, Platin- und Palladiumsalzen, ist es ihnen gelungen, den Lebenskreislauf dieser Myxamöben eingehender zu studieren, als es sonst geschehen ist, und neue Übergangsphasen nachzuweisen. Desgleichen geben sie an, in Krebsgeschwülsten wenigstens etliche dieser Variationen nachgewiesen zu haben an einem analogen, wenn auch wesentlich kleineren Parasiten. Schliefslich sei es ihnen ge-

lungen, aus verschiedenen Krebsgeschwülsten die gleichen Organismen auf Agar und anderen Nährmedien zu züchten. — Es ist natürlich unmöglich, im Referate die Schlufsfolgerungen der Verfasser durch eine Beschreibung ihrer immerhin interessanten und belehrenden Untersuchungen zu begründen. Auf der anderen Seite hat man aber sehr richtig darauf hingewiesen, dafs die Wirkungen der Plasmodiophoren an Kohl- und Rübenpflanzen, die sogenannte „Kohlhernie", anatomisch doch vom Krebs total verschieden sind, und dafs man auch aus anderen Gründen noch sehr weit davon entfernt ist, die Entstehung des Carcinoms als auf diese Weise klar gelegt betrachten zu dürfen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die sogenannten Keratohyalin-Granula in Hautkrebsen, von Max Schmeissner. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1902.) Verfasser stellt als Resultat seiner Untersuchungen folgende Sätze auf: 1. Die Keratohyalinkörnung und die Verhornung stehen in Plattenepithelkrebsen in keinem entsprechenden Verhältnis. Starke Verhornung kann ohne oder mit nur geringer Keratohyalingranulation auftreten. Andererseits kann die Granulation sehr verbreitet und intensiv sein, während die Verhornung gering ausgebildet ist oder fehlt. Man darf diese Erscheinung als ein Teilglied der vielfachen anderweitigen Differenzen auffassen, die zwischen den Epithelzapfen der Plattenepithelkrebse und der normalen Epidermis bekanntermafsen bestehen. Dafs die Keratohyalinkörnung mit dem normalen Verhornungsprozefs überhaupt nichts Wesentliches zu tun hätte, darf deshalb noch nicht geschlossen werden. 2. Die Keratohyalin-Granula, die nach den Untersuchungen von Ernst nicht als Kunstprodukte, Farbniederschläge usw. (Kromayer) aufzufassen sind, sondern interessante und bemerkenswerte Bestandteile des Protoplasmas darstellen, treten zuerst in den peripheren Teilen des Zelleibes auf; bei zunehmender Körnung wird das ganze Protoplasma von den Granulis eingenommen; meist ist aber ein granulafreier Ring um den Kern vorhanden. 3. Die Granula scheinen zu der Kernsubstanz keine engere Beziehung zu haben; jedenfalls ist auch bei starker Granulation der Kern oft noch als erhalten nachzuweisen. 4. Über die Natur der Granula läfst sich zurzeit nichts bestimmtes sagen. *Fritz Loeb-München.*

Über Metastasen in inneren Organen bei Plattenepithelkrebs der Haut, von Hermann Schridde. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1902.) Die Arbeit hat den Zweck, nachzuweisen, dafs doch manchmal in hervorragender Weise Metastasen in innneren Organen nach Plattenepithelkrebs der Haut sich entwickeln.

Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von primärem Schweifsdrüsencarcinom, von Heinrich Deichstätter. (Inaug.-Dissert. München 1902.) Es liegt der Arbeit einer der immerhin seltenen Fälle von Hautkrebsen zugrunde, bei welchen die Schweifsdrüsen primär an Carcinomatose erkrankt sind. Bezüglich des gleichzeitigen Vorhandenseins zweier, ihrem histologischen Baue nach gänzlich voneinander verschiedenen Carcinomformen, nämlich eines Drüsen- und eines Plattenepithelkrebses, ist Verfasser zur Annahme gekommen, dafs beide Formen hinsichtlich ihrer Genese nicht verschieden sind, sondern dafs sie von einem gemeinsamen Mutterboden, den kubisch-cylindrischen Zellen der Schweifsdrüsen, entstammen, die durch Metaplasie in Plattenepithelien teilweise eine Umwandlung erfahren haben. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Epitheliom des Augenlides, von A. Trousseau. (*La presse méd.* 1905. Nr. 19.) Acht Jahre lang beobachtete T. eine Dame, welche ein anfangs kleines, später gröfseres Epitheliom am unteren Augenlid hatte. Da Patientin absolut eine Operation verweigerte, so wurden alle möglichen anderen Methoden versucht, welche, aufser der Anwendung von Röntgenstrahlen, welche sich hier als erfolglos bewiesen, auch jedesmal zeitweilig Vernarbung und Heilung des Epithelioms be-

wirkten; einmal genügten Antiseptika, einmal Methylenblau, einmal Chlorzinkätzung und einmal Arsenpaste. Schliefslich, nachdem trotz alledem immer wieder Rezidive sich zeigten, und das Ulcus jedesmal sich im vergröfserten Mafse zeigte, wurde nach acht Jahren zur Operation geschritten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung von cutanen Epitheliomata mittels Röntgenstrahlen, von C. M. Williams - New York. (*Amer. Journ. med. science.* März 1905.) In der Klinik von L. D. Bulkley hat Verfasser 18 Fälle von Epitheliom im Gesicht mittels Bestrahlungen behandelt und gute Resultate erzielt. Von der Gesamtzahl schieden fünf aus, indem die Behandlung nicht regelmäfsig fortgesetzt werden konnte. Von den übrigen 13 ergaben 10 Fälle (77 %) Heilung und Freibleiben von Rezidiven während eines Zeitraumes von 4 bis 21 Monaten. Diese Fälle waren alle durch die oberflächliche Lokalisation des Neoplasmas charakterisiert. Die Affektionen mit tiefgehender Induration scheinen für die Röntgenbehandlung unzugängig zu sein. Betreffs der Technik sei erwähnt, dafs W. als Schutzmittel statt einer Bleilage eine dreifache Decke von Guttapercha erfolgreich verwendete. Die Entfernung zwischen dem Apparat und der Haut bemafs er stets so kurz wie möglich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über nichtoperative Behandlung von Epitheliomen, von Eduard Schiff-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 14.) Es gibt Epitheliome, bei denen das Messer kontraindiziert ist; einmal gibt die Totalexstirpation, besonders bei Epitheliomen des Gesichts, in kosmetischer Beziehung unbefriedigende Resultate, andererseits gibt es aber auch Rezidive, die zu erheblichen Verunstaltungen führen, wenn sie mehrere Male operativ angegangen werden, zumal wenn sie, was sehr häufig der Fall ist, im Gesicht sitzen. Sch. tritt daher bei bestimmten Kategorien der Epitheliome, so z. B. bei Perlepitheliom, beim Epitheliom nach Verruca seborrhoica nach Cornu cutaneum, Keratoma senile für die Arsenbehandlung nach Mibelli ein; die Resultate sind hier glänzende. Auch tritt Sch. warm für die Radiotherapie der Epitheliome ein, da sich auch hier die Berichte über die günstigen Heilresultate von Tag zu Tag mehren. So hat Fittig von 15 Carcinomen der Haut 12 der vorläufigen Heilung zugeführt. Auch in Fällen, wo die Lymphdrüsen bereits infiltriert sind, kann die Röntgenbehandlung noch Anwendung finden und in Kombination mit der Exstirpation der Drüsen zu Erfolg führen. Auszuschliefsen sind Fälle, in denen das Carcinom bereits in gröfsere Tiefen vorgedrungen, aber noch als operabel anzusehen ist. Bei den inoperablen Fällen wird sich durch die Bestrahlung allein oder mit vorbereitender Operation kombiniert zumeist eine Besserung, vielleicht sogar Heilung erzielen lassen. Mammacarcinome dürfen auch unter den günstigsten Bedingungen der Röntgenbehandlung nicht unterzogen werden, weil hier alles darauf ankommt, das gesamte Lymphgebiet anzugreifen, was mit Röntgenstrahl nicht zu erreichen ist. Hier mufs die Bestrahlung beschränkt bleiben auf die inoperablen Fälle, in denen man ja manchmal Nutzen, wenn auch niemals Heilung schaffen kann. Am besten aber bewährt sich nach Sch. die kombinierte Behandlung, indem man nach gewissenhafter, individualisierender Beurteilung jedes einzelnen Falles denselben zunächst einer Radikaloperation resp. einer Arsenbehandlung unterzieht und dann als Nachbehandlung eine Reihe von Sitzungen mit Röntgenstrahlen vornimmt. Neuerdings wird an Stelle der Arsenbehandlung, die manchmal Mifserfolge aufweist, die Behandlung kleiner, circumscripter, epitheliomatöser Herde mit Hochfrequenzströmen empfohlen. *Putzler-Dansig.*

Hautcylindrom der Genio-cygomatischen Gegend, von Bevacqua. (*Giorn. intern. de la Scienze med.* Nr. 5. 1905.) Der Fall betrifft eine 54jährige Frau, bei de vor mehreren Jahren ein linsengrofser Tumor in der nämlichen Gegend entfernt

worden war und bei der sich dann später infolge eines Traumas nach einer bedeutenden Anschwellung der ganzen Gegend die jetzige Geschwulst entwickelt hatte. Exstirpation, Heilung. Histologisch stimmte die Geschwulst genau überein mit der klassischen Beschreibung von Malassez, mit dem Unterschiede jedoch, dafs, während Malassez die Cylindrome als Epitheliome betrachtet, der vom Verfasser beschriebene Fall als ein Endotheliom betrachtet werden mufs. Verfasser ist deshalb der Ansicht, dafs man in jedem Falle von Cylindrom das Adjektiv sarcomatodes oder carcinomatodes beifügen sollte. *C. Müller-Genf.*

Die Beziehungen zwischen Zellpolymorphismus und Entzündung, untersucht an einem Fall von figuriertem Rundzellensarkom der Haut, von Otto Hug. (Inaug.-Dissert. Zürich 1904.) Verfasser resumiert über seine Arbeit folgendermafsen: Der vorliegende Fall von Hautsarkom gehört zu den Raritäten. Unna kennt in seiner Histopathologie nur drei Fälle, die dem unseren analog sind, eine Kombination von kleinen Rundzellen mit Riesenzellen. Seither sind keine ähnlichen Fälle veröffentlicht worden. Einzig in seiner Art steht der Tumor da in seinem enormen Reichtum an eosinophilen Leukocyten. Die vorliegende Arbeit soll die Kenntnis jener interessanten Tumoren um einen Fall bereichern. Der Polymorphismus hat hier eine andere Erklärung gefunden, als bei Unna, weil einerseits keine Übergangsbilder gefunden wurden, welche die Entstehung der kleinen Rundzellen aus Plasmazellen vermittelten, besonders aber, weil der Reichtum an eosinophilen Gewebszellen sowieso einen chemotaktischen Reiz zur Erklärungen benötigte, mit dem dann auch einfacher und mehr im Sinne der modernen Anschauungen das Auftreten der polymorphen Elemente in der Geschwulst erklärt werden konnte. Gleichzeitig wurde mit dieser Annahme das Gesetz der Uniformität der Sarkomzellen aufrecht erhalten. Wohl sind Regionen und Organe bekannt, als Produktionsstätten eigentümlicher Sarkome, deren Elemente sich den genannten Gesetzen nicht fügen, doch dürfte es eine dankbare Aufgabe sein, jeden einzelnen Fall von polymorphzelligem Rundzellensarkom daraufhin zu untersuchen, inwiefern Chemotaxis und weifse Blutkörperchen für den Polymorphismus verantwortlich zu machen sind. *Fritz Loeb-München.*

Über Röntgenbehandlung von Sarkom, von Tage Sjögren-Stockholm. (*Fortschritte f. Röntgen.* 4. August 1905.) Schon Krogius, Colley, Chrysospathes und andere beobachteten die überraschend günstigen Wirkungen der Röntgenstrahlen bei einzelnen Sarkomen und empfahlen, in ähnlichen Fällen weitere Versuche in der Richtung anzustellen. S. wandte dieses Verfahren mit gutem Erfolge in drei Fällen von Sarkom an, in zwei Fällen handelte es sich um mehr oberflächliche Geschwülste, im dritten um ein sehr tief sitzendes bösartiges Gewächs, welches trotz mehrfacher Operationen stets rezidivierte und erst durch Röntgenbehandlung definitiv schwand. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Darierscher Krankheit. (Ein Beitrag zur Stellung dieser Dermatose), von Theodor Schwab. (Inaug.-Dissert. Freiburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Neurofibromatose (Recklinghausensche Krankheit), von Michael Steiner-Bukarest. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1095. Nr. 29.) Illustration eines 54jähr. Patienten, der wegen starker Bronchitis, Emphysem usw. im Herzogl. Landeskrankenhause zu Altenburg am 15. Dezember 1904 aufgenommen wurde. Die Körperfläche des Patienten ist von einer Unmenge weicher, von normaler Haut bedeckter Knoten von Stecknadelkopf- bis zu Kleinkinderkopfgröfse bedeckt. Sackartig hängt eine derartige Geschwulst links oberhalb des Darmbeinrandes, die den Patienten durch ihr Gewicht zu inkommodieren scheint. Die Tumoren sind zum gröfsten Teil gestielt, jedoch sind auch viele breit aufsitzend und haben eine derb-elastische Beschaffenheit.

Was die Lokalisation dieser Geschwülste betrifft, so ist der Kopf, speziell Stirn, Nacken, Oberkörper und die mittlere Partie des Rückens am meisten besäet; man kann jedoch von einer regelmäfsigen Verteilung kaum sprechen. Patient ist „so" geboren und ist ihm nicht bekannt, dafs irgendeiner seiner Vorfahren oder Angehörigen derartig ausgesehen hat. Seit seiner Geburt ist die Zahl der Tumoren ebenso wie die Gröfse derselben gewachsen. Schon HEBRA hat darauf hingewiesen, dafs Individuen, die die Krankheit haben, eine mangelhafte physische und geistige Entwicklung zeigen. Dieser Patient war fast stumpfsinnig zu nennen und konnte sich nie seinen Lebensunterhalt verdienen. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Einige Fälle von Fibroma molluscum (VIRCHOW), von ALWIN FRITZ. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Verfasser zieht auf Grund seiner Betrachtungen folgende Schlüsse: 1. Das Fibroma molluscum (VIRCHOW) stellt eine Entwicklungsanomalie dar, welche in der Regel in frühester Kindheit bereits auftritt. Es kann aber auch das Leiden erst in der Pubertätsperiode hervortreten; selten und jedenfalls mit Vorsicht aufzunehmen sind die Angaben, dafs erst in dem späteren Lebensalter die ersten Erscheinungen der Krankheit sich entwickeln. Die von HEBRA als Begleitsymptom der Affektion angeführte intellektuelle (psychische) Störung ist auch in der Mehrzahl der eigenen Fälle zu konstatieren. Erwähnenswert ist die Vermehrung der Tumoren bei zwei Fällen, die mit subjektiven Empfindungen unter dem Bilde eines Pruritus einhergeht. Das Verhältnis der Tumoren zu den Pigmentflecken ist ein durchaus inkonstantes. Die mikroskopische Untersuchung von Tumoren dreier Fälle hat zugunsten der Annahme, dafs es in denselben sich um eine Neurofibromatose handle, keine Anhaltspunkte ergeben. Heredität war in vier Fällen nachweisbar.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Fibroma molluscum, von J. N. BLOOM. (*Louisville Journ.* März 1905.) BL. stellte in der chirurgischen Gesellschaft von Louisville (Sitzung vom 2. Januar 1905) einen Fall von Fibroma molluscum vor, bei welchem unter Jodkaliumbehandlung die Mehrzahl der Fibrome mit Hinterlassung von Narben verschwunden ist. Als ein entscheidendes Charakteristikum des Molluscum fibrosum führt er das eigentümliche Gefühl eines auf Druck im Zentrum der Geschwulst fühlbaren Hohlraumes und die Multiplizität der Tumoren an, was BL. gegenüber der von anderer Seite gestellten Diagnose eines Lepra-Falles hervorheben möchte. Die Tumoren haben auch vier Jahre ohne die für Lepra charakteristische Gewebszerstörung bestanden, sind entweder stationär geblieben oder haben sich ohne weitere Folgen zurückgebildet; durch Exklusion müfste man daher schon zu obiger Diagnose kommen.

In der folgenden Diskussion wurde die Möglichkeit der Lepra und von KÖHLER besonders auch die von gutartigen multiplen Sarkomen erwogen; letzterer hatte den Fall früher schon in Behandlung, mit Injektionen von arsenigsaurem Natrium (nach KAPOSI) keinerlei Erfolg, beobachtete aber spontanes Verschwinden mancher Tumoren und Auftreten von neuen. BLOOM will den Fall nach Umlauf eines Jahres wieder vorstellen. *Stern-München.*

Die Rolle der Heredität in der Ätiologie des Xanthoms, nebst Mitteilung einer Beobachtung von Xanthom bei drei Geschwistern, von FRIEDRICH LESKIEN. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Ein Vergleich zwischen den angeführten Fällen ergibt, dafs es sechsmal mehrere Glieder einer Generation sind, bei denen die Xanthomerkrankung auftrat, während in vier Fällen Angehörige verschiedener Generationen die Erkrankung aufwiesen. In den Fällen, in denen sich Xanthome in mehreren Generationen fanden, handelte es sich bei den Vorfahren zweimal um die gleiche Form der Erkrankung wie bei den späteren Generationen. Dagegen lagen bei den beiden anderen verschiedene Formen vor, in der früheren Generation die nur an den

Augenlidern lokalisierte, in der späteren die juvenile multiple Form. Zur Erklärung einer derartigen Erscheinung, wie sie das Auftreten des „familiären" Xanthoms bietet, muſs angenommen werden, daſs bei seiner Entstehung hereditäre Verhältnisse eine Rolle spielen. Damit ist natürlich die dunkle Ätiologie nicht geklärt.

Fritz Loeb-München.

Beiträge zur Kenntnis des Morbus Addisonii, von Pascal Müller. (Inaug.-Dissert. Zürich 1902/1903.) *Fritz Loeb-München.*

Die Varicen der unteren Extremitäten, ihre Entstehung, ihre Folgen und ihre Behandlung, von Josef Herzel. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Die Arbeit enthält nichts Erwähnenswertes. *Fritz Loeb-München.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Behandlung der Varicen und der Phlebitis, von Lucas-Championière. Übersetzt von Freudenberg. (*Der Frauenarst.* 1904. Nr. 12.) L. empfiehlt zur Behandlung von Varicen und zur Vermeidung von Phlebitiden nach einer vorläufigen Massage von 2—4 Wochen den Schnellschnitt nach Marchais, der darin besteht, daſs in der Minute mindestens 100 Schnitte gemacht werden. Um Übermüdung zu vermeiden, läſst er anfangs Unterbrechungen zu, gelangt aber allmählich zu anhaltenden Leistungen von 1—2 und mehr Stunden. L. empfiehlt ferner Übungen in Form von Biegegymnastik wie bei der schwedischen Methode. Auch des Drei- und Zweiradfahrens kann man sich mit Vorteil bedienen, wenn man eine Maschine mit möglichst wenig Übersetzung benutzt. Die Gummistrümpfe sind entschieden zu verwerfen, wodurch die Patienten zu Krüppeln erklärt, aber von ihrem Leiden nicht befreit werden.

Putzler-Danzig.

Beitrag zur operativen Behandlung der Unterschenkelvaricen, von Rudolf Strech. (Inaug.-Dissert. Gieſsen 1904.) Aus den Resultaten der angeführten Krankengeschichten ist ersichtlich, daſs durch die Exstirpation der Varicen durchweg gute Erfolge erzielt worden sind. *Fritz Loeb-München.*

Über die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs, von Alfons Heller. (Inaug.-Dissert. Berlin 1902.)

Zur Behandlung der Varicen und der varicösen Ulcera, von Alwin Pentz. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Radikaloperation bei Ulcus cruris, von Schneiderlin - Beelitz - Heilstätten. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 17.) Schn. hat die von Wenzel - Buenos-Aires angegebene Peritomie in acht Fällen von Ulcus cruris angewendet. Die Operation besteht in der zirkulären Umschneidung des Oberschenkels im unteren Drittel. Der Schnitt geht bis auf die Muskeln und Fascien; sämtliche Gefäſse, auch die kleinsten Hautgefäſse, werden zentral und peripher unterbunden, zum Schlusse wird der Schnitt exakt vernäht. Auf diese Weise werden die Hautvenen des Beines, die, infolge der chronisch - entzündlichen Prozesse dauernd überlastet, insuffizient geworden sind und den Rückfluſs des Blutes verzögern, vollständig aus dem Kreislaufe ausgeschaltet; das Blut muſs seinen Rückweg durch die funktionsfähigen Muskelvenen nehmen und die venöse Hyperämie, unter deren Einfluſs das Unterschenkelgeschwür gestanden ist, verschwindet.

Von den acht Fällen, bei denen Schn. die Peritonie ausgeführt hat, sind sechs geheilt, in einem Falle trat ein Rezidiv auf, wahrscheinlich aber nur, weil die Behandlung vorzeitig abgebrochen wurde. Bei einem Kranken hatte die Operation gar keinen Einfluſs auf das Geschwür; das war natürlich, da in diesem Falle ein Mitralfehler bestand, die Stauungsursache also zentral vom operativen Angriffspunkte

ag. — Auch bei einfachen Varicen hatte Schn. die Peritomie mit gutem Erfolge gemacht.

Sehr häufig ist die Saphena verdickt und ihr Lumen verengt; in solchen Fällen ist meist die lateral von ihr verlaufende Hautvene erweitert, und dann muſs auch diese und jede andere aufserdem noch erweiterte Hautvene herauspräpariert und in einer Ausdehnung von ca. 10 cm reseziert werden; die Saphena hat Schn. in allen Fällen reseziert. Das Ulcus selbst muſs dreimal täglich mit 2%iger, essigsaurer Tonerdelösung feucht verbunden werden. Unbedingt nötig ist Bettruhe bis zur völligen Heilung. *Götz-München.*

Neuere Arbeiten über Narbenbildungen und Regeneration, von H. Beitzke-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 19.) Bericht über die Resultate neuerer Arbeiten über Narbenbildung und Regeneration, besonders der von Minervini, Schmorl, Groné, Penzo, Foynitzki, Kelber, der besonders über die Vernarbungsvorgänge an der glatten Muskulatur des Uterus Angaben machte und Masinow, der über Narben nach Hodenverletzungen arbeitete. Dann folgen die Beobachtungen über Regenerationsfähigkeit der Leber, Niere (Braucauff), Milz (Cérésole), Lymphdrüsen (Hunter) und schliefslich Arbeiten über die Vernarbungsvorgänge und die Regenerationsfähigkeit im Nervensystem. Genaueres Eingehen auf die einzelnen Resultate würde den Rahmen eines Referates überschreiten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Behandlung des vorzeitigen Haarausfalles, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1905. Nr. 4.) Pohl-Pincus war einer der ersten, der die Alopecia praematura oder präsenilis mehr und mehr zur Erkenntnis und zur Würdigung brachte. Danach muſs man streng unterscheiden zwischen dem ersten Stadium und dem zweiten Stadium der Alopecia praematura. Im ersten Stadium können zunächst Dicke und Länge des ausgefallenen Haares völlig unauffällig und unverändert bleiben, aber im zweiten Stadium merkt man um so augenfälliger die Verkürzung und Verdünnung einzelner Haarsträhnen. Um nun möglichst frühzeitig zu der Erkenntnis schon des ersten Stadiums des vorzeitigen Haarausfalles zu gelangen, schlägt Pohl-Pincus und in Anlehnung an ihn S. folgendes Verfahren vor. Man sammle an drei aufeinanderfolgenden Tagen den Haarausfall beim Morgen- und Abendfrisieren und sondere (bei langer Haartracht) die Haare über 6 Zoll (16 cm) von den kürzeren; findet sich, daſs die Zahl der kürzeren ein Drittel des Gesamtausfalles beträgt, so liegt ein Haarleiden vor, das ärztliches Einschreiten erfordert. Bei kurzer Haartracht (Männer, Frauen mit kurz abgeschnittenem Haar) sondere man diejenigen Haare, die die Spur der Schere zeigen, von den Spitzenhaaren: die Zahl dieser Spitzenhaare darf bei einer Länge der Haartracht von 4 bis 5 Zoll (11 bis 13 cm) nur ein Fünftel oder Viertel des Gesamtausfalles betragen. Die Zählung der Haarsträhnen wird so vorgenommen, fügt S. hinzu, daſs dieselben ungefähr 2 cm von ihrem Ende entfernt zusammengebunden werden nach Art eines Blumenstrauſses. Mit der sogenannten Haarwurzel hat die Alopecia nichts zu tun, wenn auch der Laie ängstlich kommt und sagt, das Haar ginge ihm mit der „Wurzel" aus.

Für die Ätiologie kommen die Versuche Sigmund Mayers in Betracht, die S. auch nachgeprüft hat. Die straffe Anspannung an die Unterlage vermindert die Ernährung des Haarbodens dadurch, daſs ihm nicht genügend Blut zugeführt wird, und daſs an Stellen, die längere Zeit hyperämisch sind, das Haarwachstum gefördert, an blutlosen dagegen vermindert wird, kann man eben experimentell nachweisen, wie es Sigmund Mayer und Saalfeld getan haben. Wo nun die Kopfhaut straff an der Galea anliegt, dort ist, wie Pohl-Pincus und Schein darauf hingewiesen haben, ein anatomisches Moment für den vorzeitigen Haarausfall gegeben. Doch ein zweiter

Faktor ist und bleibt die Seborrhoe des behaarten Kopfes. Zwischen den Talgdrüsen und dem Haar findet sich überall — sie treten am Körper immer gemeinschaftlich auf — ein Antagonismus. Je mehr nun die Talgdrüse, wie bei der Seborrhoe, sezerniert, d. h. arbeitet, und dementsprechend durch eine Arbeitshypertrophie an Umfang und Gröfse zunimmt, um so mehr tritt das Haar in den Hintergrund. Und das Haar degeneriert allmählich zum Anhangsgebilde, also zur Lanugo. Somit darf man in der Lanugo ja nicht die emporklimmende Hoffnung auf ein wiederkehrendes Haar vermuten, im Gegenteil, die Lanugo hat eben abgewirtschaftet.

Will man der Alopecia therapeutisch beikommen, so mufs man folgendes berücksichtigen: erstens ob das Haarfett überreichlich abgesondert wird oder ob eine Vertrocknung desselben und Verhornung des Haarschaftes eingetreten ist, und zweitens, ob ein dunkles oder helles Haar vorliegt.

Ganz natürlich mufs das trockene Haar das fehlende Fett künstlich ersetzt erhalten, und beim fetten Haar mufs man für Fortschaffung des überproduzierten Fettes sorgen. Beim dunklen Haar kann man das von S. empfohlene Tannobromin und Thigenol mit grofser Konsequenz anwenden, beim hellen Haar mufs man sich mit Salicyl- und Schwefel-Präparaten begnügen. Das letztere ist auch gleichzeitig ein günstiges Keratolyticum, das beim trockenen Haare wieder um so mehr zur Geltung kommt.

Wo Verminderung des Haarfettes besteht, verschreibt S. folgendermafsen:

℞ *Tannobromini* 1,0
Vaselini flavi 29,0

oder:

℞ *Tannobromini* 1,0
Bals. peruviani 2,0
Adipis colli equini ad 30,0

Bei hellem Haar:

℞ *Acidi salicylici* 0,5—0,75
Lactis sulfuris
Tincturae cantharidum aña 1,0
Adipis benzoati recenter parati ad 30,0

Oder man nimmt als Konstituens Fetronsalbe oder die Medulla ossis bovini, und als parfümierender Zusatz empfiehlt sich das Rosenöl.

Patienten mit Seborrhoe haben Seifung und spirituöse Waschung des Kopfes nötig, und zwar die Woche über mindestens dreimal mit Schwefelseife oder mit Hebraschem alkalischem Seifenspiritus zu waschen. Für das trockene, also fettarme Haar soll eine Waschung mit Schwefelseife, und zwar die Woche blofs einmal vorgenommen werden. Besser noch ist hier die Teerseife, weil diese keratolytisch wirkt. Als Antiseborrhoicum empfiehlt S. eine 2,5- bis 5%ige spirituöse Lösung von Thigenol oder Tannobromin oder beides aña.

Bei hellem Haar also mufs das Tannobromin und Thigenol möglichst fernbleiben; hier genügt eine 5%ige Chloralhydratlösung in Wasser und Spiritus (zu gleichen Teilen). Behufs Parfümierung ersetzt man ein Drittel des Spiritus durch Spiritus melissae compositus. Wo die Kopfhaut sehr fettig ist, mufs das Wasser fernbleiben, sonst ist ein Wasserzusatz ganz angebracht.

Die Flüssigkeiten werden so benutzt, dafs die Haare mit einem weiten Kamm in eine Anzahl von Scheiteln zerlegt werden und auf die so freiliegende Kopfhaut die Flüssigkeit vermittels einer Tropfflasche geträufelt wird, die am besten durch Benutzung eines Parfümflaschenstöpsels hergestellt wird. Ist nun durch diese entfettenden Prozeduren eine gewisse Trockenheit der Kopfhaut und Ruhigkeit der

Haare eingetreten, so kann man eine 10%ige Tannobromin- oder bei hellem Haar eine ebensolche Schwefelsalbe einschieben. Übrigens hat man auch auf eine etwa bestehende Chlorose zu achten und dieselbe mit Eisen und Arsen, vielleicht auch Oophorin-Tabletten zu beeinflussen. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Zwei Fälle von idiopathischer Athrophie der Haut, von FRIEDRICH-DIETZ. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Kenntnis der Gangrän der unteren Extremitäten, von WILHELM KIMMEL. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1903.) Eine Reihe von Autoren sieht die Ursache des Gefäfsverschlusses bei präseniler Gangrän in einer Wucherung der Gefäfsintima, andere in einer auf einer sklerotischen Gefäfsveränderung beruhenden Thrombose mit nachfolgender Organisation. Die letzteren nehmen zwar auch eine Wucherung der Intima an, behaupten jedoch, dafs dieselbe allein nicht imstande ist, zu einem vollständigen Gefäfsverschlufs zu führen, da der Blutdruck dem entgegenarbeitet.

Verfasser beschreibt drei Fälle von Gangrän der unteren Extremitäten; es handelte sich in einem Fall um arteriosklerotische und in zwei Fällen um diabetische Gangrän. Histologisch wurden in allen drei Fällen nur Arterien untersucht, und zwar die Poplitea, Tibialis antica und postica und Seitengefäfse derselben. Zur Darstellung der elastischen Fasern wandte Verfasser die UNNA-TAENZERsche und die WEIGERTsche Methoden an.

In allen drei Fällen lag Arteriosklerose zugrunde (Arteriosclerosis obliterans BUNGE). *Fritz Loeb-München.*

Über die Ursachen der Spontangangrän der Extremitäten, von JOHANNES THIELE. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1904.) Die Gangrän der Extremitäten, die nicht durch ausgiebige Quetschungen oder Zermalmungen, sondern infolge von Zirkulationsstörungen aus inneren Ursachen gewissermafsen spontan zustande kommt, läfst sich ätiologisch in folgende Gruppen teilen: 1. Embolischer Arterienverschlufs, der bei Klappenfehlern des Herzens in seltenen Fällen beobachtet worden ist. 2. Traumatische Gangrän, bei der nicht das Gewebe der Extremitäten selbst vom Trauma betroffen ist, sondern weit oberhalb der Zehen eine Verletzung der Arterien stattgehabt hat, die erst nach längerer Zeit ihre Wirkung in dem Endgebiete entfaltet. 3. Die Gangrän durch syphilitische Arteriitis. Ohne die Syphilis etwa als die Ursache aller chronischen Arterienerkrankungen hinzustellen, gibt es doch so eigentümliche Befunde, die unter dem Bilde der deformierenden Arterienentzündung verlaufen, dafs an dem Vorkommen echter syphilitischer Mesarteriitis und Endarteriitis kein Zweifel bestehen kann. Der vom Verfasser mitgeteilte Fall Nr. 5 zeigt, dafs eine solche Arteriitis Ursache einer Spontangangrän werden kann. 4. Brand durch Druckwirkung. Hierher gehören die allbekannten Folgezustände zu enger Verbände; drei Fälle solcher Art sind in den Arbeiten des Verfassers und LAUFERS beschrieben. Die hauptsächlichste Ursache bildet die degenerative Arteriosklerose mit ihren, als Altersgangrän bekannten Folgezuständen. Sowohl beim Altersbrand als auch bei dem diabetischen liegt nicht einmal eine blofse Aufhebung der arteriellen Blutzufuhr vor, sondern häufig sind es Verletzungen und bakterielle Entzündungen, die erst bei vorhandener schlechter Ernährung den wirklichen Brand veranlassen. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur diätetischen und operativen Behandlung der diabetischen Gangrän, sowie der senilen und spontanen Gangrän, von HEINRICH SCHMIDT. (Inaug.-Dissert. Breslau 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Xeroderma pigmentosum (KAPOSI) bei zwei verwandten Familien, von MICHAEL TERTERJANZ. (Inaug.-Dissert. Berlin 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von diffuser Sklerodermie mit ungewöhnlich starker Pigmentierung der Haut und Schleimhäute (Morbus ADDISON?), von USABRO TSUCHIDA. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1902.)

Zur Kasuistik der Sklerodermie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie derselben, von JOHANNES VORSCHÜTZ. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1902.)

Ein Fall von Sklerodermie, von KURT HERZ. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1902.)

Fritz Loeb-München.

Über Katarakt in Verbindung mit Sklerodermie, von OTTO WERNER. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) Verfasser teilt ausführlich die interessanten Krankengeschichten von vier Geschwistern mit, die an der obigen Affektion litten, und nimmt zur Erklärung der merkwürdigen Familienkrankheit eine auf Grund einer angeborenen Disposition (Verwandtschaftsehe?) aufgetretene fehlerhafte Keimanlage des Ektoderms an, infolge deren die Lebenskraft der dem ektodermalen Keimblatt entstammenden Zellen herabgesetzt ist. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium der Sklerodermie, von ED. PAYOT. (*Thèse de Lausanne.* 1904.) Lesenswerte Arbeit mit gutem Literaturverzeichnis.

Fritz Loeb-München.

Die Sklerodermie und die Theorie über ihre Pathogenese, von SICILIANO. (*Riv. crit. di Clin. med.* 1905. Nr. 6 u. 8.) In Anbetracht der Symptome, welche die Sklerodermie zu begleiten pflegen (Sensibilitätsstörungen, Muskelatrophie, Flexionsstellung der Finger, welche an die DUPUYTRENsche Kontraktur erinnern) kann man nicht umhin, den Sitz der Affektion in die graue Rückenmarkssubstanz zu verlegen. Es ist denn auch nicht zu verwundern, daſs die Sklerodermie zuweilen ein Bild zeigt, welches eine Unterscheidung von der MORVANschen Krankheit unmöglich macht.

C. Müller-Genf.

Saprophyten und Fremdkörper.

Beitrag zur Filariakrankheit der Menschen und Tiere in den Tropen, von HANS ZIEMANN-Kamerun. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 11.) Die Filariasis ist unter den Negern Afrikas sehr stark verbreitet, besonders häufig ist Filaria perstans. In dem Küstenstrich von Kamerun ist nach des Verfassers Ansicht 30 % der eingeborenen Bevölkerung filariakrank, ohne Unterschied des Alters und des Geschlechts. Bei Weiſsen hat Verfasser bisher nur vier Fälle beobachtet und zwar nur von Filaria perstans, jedesmal auffälligerweise nur bei Leuten, die über temporäre Schwellungen klagten, nie als Nebenform bei scheinbar völlig Gesunden, wie bei den Negern. Die Schwellungen traten bei Negern und Europäern plötzlich an irgendeiner Stelle des Körpers in Wallnuſs- bis Gänseeigröſse auf, die Haut ist leicht gerötet, fühlt sich etwas heiſs an, ist von der Schwellung nicht abhebbar. Ausgangspunkt der Anschwellungen ist das Unterhautzellgewebe oder die darunter liegende Muskulatur, sie sind resistent, leicht druckempfindlich. Die Körpertemperatur ist normal oder wenig erhöht, das Allgemeinbefinden in der Regel kaum gestört. Innerhalb weniger Stunden verschwinden die Schwellungen wieder, oder sie wandern an dem befallenen Glied entlang und verschwinden allmählich. Sie sind möglicherweise durch mechanische Verstopfung von Lymphgefäſsen infolge Filarieninvasion verursacht. Zuweilen vereitern diese Schwellungen und es kommt zur Bildung multipler Abscesse. Im Abscefseiter fand Verfasser bei zwei Europäern Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus, bei Negern öfter Filaria-Embryonen, bei Weiſsen Embryonen zwar nicht im Eiter, aber im Blut; in zwei Fällen wurden weder im Eiter noch im Blut Embryonen gefunden. Die Ätiologie dieser multiplen Abscesse ist noch nicht geklärt. — Misch-

infektionen von Filaria perstans- und bankrofti-Embryonen sind bei Negern nicht selten. Die angeblich für Filariasis charakteristische Hämatochylurie sah Verfasser nur zweimal bei Negern mit Filaria bankrofti. Filaria loa im Auge beobachtete er viermal und zwar dreimal bei Patienten, die an temporären wandernden Schwellungen litten. Wahrscheinlich ist Filaria loa das Muttertier der Filaria perstans-Embryonen. Mehrfach kamen Elephantiasis der Beine und des Skrotum, Lymphskrotum, variköse Erweiterungen an den Leistendrüsen und an den Lymphgefäfsen des Samenstranges sowie Orchitis zur Beobachtung.

Das relative Verschontbleiben der weifsen Rasse ist sehr auffällig und schwer zu erklären; es steht aufserdem in Widerspruch mit den Beobachtungen Lows in Westindien, der Weifse in höherem Mafse filariainfiziert fand als Farbige. — Die Überträger der Filariasis sind Culexarten. Die Höhe der Trockenzeit, während welcher die Zahl der die Filaria übertragenden Mücken am geringsten ist, weist auch die geringste Zahl von Neuinfektionen auf.

Die Filariainfektion kann vollständig symptomlos verlaufen. Aufser solchen Fällen und denjenigen, bei welchen es zu den schon lange bekannten Komplikationen kommt, wie Elephantiasis, Haematochylurie, varikösen Lymphdrüsen usw., sah Verfasser auch Fälle mit ausgesprochenem Krankheitsgefühl im Beginn, mit Frösteln und nachfolgender Hitze, mit remittierendem oder auch ähnlich wie bei Malaria intermittierendem Fiebertypus. Die Fieberattacken waren zuweilen von quälendem trockenem Husten begleitet.

Die Filariaembryonen verschwinden selten sofort mit dem Aufhören der Krankheitserscheinungen, gewöhnlich erst allmählich im Laufe der nächsten Wochen aus dem Blute, sie können aber auch, ohne Symptome zu machen, noch längere Zeit mit Unterbrechungen nachweisbar sein. — Die Prognose der Krankheit ist im allgemeinen nicht ungünstig; aufser den schon genannten Folgezuständen kann sich aber auch Anämie einstellen. Die Therapie erwies sich bisher machtlos, Thymol und Methylenblau hatten keinen Erfolg. Prophylaktisch kommen dieselben Mafsnahmen in Frage, die im Kampf gegen die Malaria zur Vernichtung der Moskitos dienen.

Filariainfektion von Tieren wurde bisher beim Schimpansen und beim Schaf festgestellt. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Filarien des menschlichen Blutes, von R. Penel-Paris. (*Arch. de parasit.* 1905. Band 9. Nr. 2.) Beschreibung der verschiedenen im menschlichen Blute vorkommenden Arten von Filarien, ihrer Entwickelungsformen und ihrer Verbreitung. P. charakterisiert diese Filarienarten in folgender Weise:

Erwachsene Formen:	Embryonale Formen:
Filaria Bancrofti.	Filaria nocturna.
„ loa.	„ diurna.
„ perstans.	„ perstans.
„ Demarquayi.	„ Demarquayi.
„ Magahäesi	?

Dazu kommt wahrscheinlich noch die Filaria volvulus. *Götz-München.*

Dengue in der isthmischen Kanalzone, von Dudley Newcomb Carpenter und Richard Lightburn Sutton. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 21. Jan. 1905.) Aus der Beobachtung und Untersuchung von mehr als 200 Dengueerkrankungen ziehen die Verfasser folgende Schlüsse:

1. Dengue ist eine der wenigen fieberhaften Erkrankungen, bei denen von Anfang an Leukopenie (Verminderung der Zahl der Leukocyten) besteht.

2. Blutuntersuchungen sind für die Unterscheidung zwischen Malaria und Dengue von grofsem Werte. Selbst wenn keine Parasiten gefunden werden, spricht geringe

Leukocytose mit ausgesprochener prozentualer Vermehrung der grofsen mononukleären und Übergangsformen für Malaria, während Leukopenie mit normalem Verhältnis der Leukocytenformen oder wechselnden Graden von Vermehrung der kleinen mononukleären Lymphocyten und bemerkenswerter Eosinophilie im weiteren Verlauf der Krankheit für Dengue charakterisiert ist.

3. Im Gegensatz zum gelben Fieber ist bei gewöhnlichen Dengueanfällen Albuminurie eine Seltenheit; sie erreicht nie höhere Grade.

4. Das Rekonvaleszenzstadium wird bei Dengue fast regelmäfsig durch eine Vermehrung der kleinen mononukleären Lymphocyten von mehrtägiger Dauer eingeleitet.

5. Man nimmt an, dafs der Erreger des Denguefiebers ein kleiner Diplococcus oder ein zarter, sich bipolar färbender Bacillus ist, der dem Pfeifferschen Organismus äufserst ähnlich ist. Er wird wahrscheinlich durch die Atmungswege übertragen, und seine Virulenz wird wesentlich erhöht durch die Gegenwart wesentlicher meteorologischer Faktoren. *A. Locwald-Kolmar.*

Über das Vorkommen des Ankylostoma in der Haut, von W. Dubreuilh-Bordeaux. (*La presse méd.* 1905. Nr. 30.) Während man früher allgemein annahm, dafs der Ankylostonus auf dem Wege durch den Mund in den Darm gelangte, zeigte Looss zuerst 1898, dafs der Parasit imstande sei, die Haut zu durchdringen, und auf dem Wege durch die Venen, Lungen, Trachea in den Ösophagus, Magen, schliefslich in den Darm zu gelangen. Neben Looss arbeiteten auf diesem Gebiete experimentell Sandwith, Schaudinn, Schneidemühl und andere. Sie übertrugen die Larven direkt auf die Haut; es entstand dann an den infizierten Stellen eine juckende Dermatose, und man konnte deutlich erkennen, wie die Larven tiefer eindrangen und bald darauf im Darm und den Fäces nachgewiesen wurden. Am meisten verbreitet ist diese Ankylostoma-Infektion der Haut in den Teeplantagen von Assam und in Südamerika, wo in der Regenzeit die Arbeiter den Parasiten aus den Wasserlachen durch die Haut der Füfse aufnehmen, und wo dann förmlich Endemien auftreten, doch wird er auch in anderen Gegenden: Ägypten, Indien, Norditalien, in den Rheintälern usw. häufig angetroffen. Jedenfalls ist heutzutage bewiesen, dafs die Larven des A. duodenale, A. americanum und A. caninum in die Haut eindringen können, um auf diesem Wege den Darm zu erreichen, wo sie sich dann festsetzen und weiterentwickeln. Ihr Eindringen in die Haut erzeugt eine Hautkrankheit (pani-ghan), besonders in den Regenzeiten in den genannten Ländern, welche der Scabies nicht unähnlich ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Loossche Lehre, betreffend die Einwanderung der Ankylostoma-Larven durch die Haut, von Tenholt-Bochum. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1905. Nr. 4.) Verfasser hat bei einem jungen Arzte, der sich freiwillig hierzu anbot, 8—10 Tropfen einer eingekapselten Larve von Ankylostoma hominis enthaltenden Flüssigkeit auf dem Arme vermittels eines Glasstäbchens verrieben. Es waren, wie vorher mikroskopisch festgestellt wurde, etwa 80—100 lebende, recht bewegliche Larven in der Flüssigkeit. Eine halbe Stunde später nach der Einreibung war die Flüssigkeit auf der Haut verdunstet und mit der Lupe konnten keine Larven mehr wahrgenommen werden. Etwa sechs Stunden später empfand der Kollege an der betreffenden Stelle ein leichtes Jucken und am anderen Morgen bemerkte er 10 gerötete Flecken mit je einem kleinen Knötchen in der Mitte. Diese Knötchen lagen sämtlich an Haarwurzeln. Die Flecke verschwanden bald wieder, und subjektive und objektive Erscheinungen blieben zunächst aus. Sechs Wochen später fanden sich in den Fäces Ankylostomaeier. T. bemerkt, dafs der Versuch völlig einwandfrei sei; wochen-

lang vor dem Experimente waren mehrere Male die Fäces stets mit negativem Erfolge genau untersucht worden. Auf die Bedeutung des Versuches will Verfasser später näher eingehen. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Mifsbildungen.

Eine neue sichere Epilationsmethode durch Stanzen, von KROMAYER-Berlin *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 5.) Das Prinzip der Methode besteht darin, mittels feiner, rotierender Cylindermesser den Haarschaft nebst Wurzelscheide und Papille aus der Haut herauszuschneiden; es werden also die Teile, von denen bei allen bisherigen Epilationsmethoden das Haarrezidiv ausging, mechanisch entfernt. Der schneidende Hohlcylinder der „Epilationsmesser" oder „Kleincylindermesser", dessen Durchmesser bei den verschiedenen Nummern zwischen 0,7 mm und 1,2 mm liegt, wird bei Ausführung der Operation über den sichtbaren freien Haarschaft geschoben, dann wird mit raschem, kurzem Ruck das Messer in der Richtung des Haarschaftes gegen und in die Haut hineingestofsen und sofort wieder zurückgezogen. Der gestanzte Hautcylinder folgt meist dem zurückgezogenen Messer und hängt aus der Wunde heraus, so dafs man ihn wegwischen oder mit der Pinzette entfernen kann. Treten keine Unterbrechungen durch Reinigung des Messers, Blutungen oder sonstige Zwischenfälle ein, so können in kurzer Zeit leicht hundert Haare gestanzt werden. Zur Vorbereitung der Operation werden die Haare zweckmäfsig mit der Maschine kurzgeschnitten und mit Henna gefärbt, um sie gut sichtbar zu machen. Der Schmerz des Stanzens ist nicht grofs, so dafs man in vielen Fällen ohne Narcotica auskommt; bei empfindlichen Patienten wird am besten Äthylchlorid angewandt, doch wird dadurch die Operation häufig unterbrochen und in die Länge gezogen. Eine Nachbehandlung ist nicht nötig; Blutungen stehen durch einfaches Aufdrücken von etwas Watte. Eng nebeneinanderstehende Haare können nicht gleichzeitig in einer Sitzung gestanzt werden. Ebenso wie durch die Elektrolyse wird durch das Stanzen ein Reiz auf die betreffende Hautpartie ausgeübt, der sich in einem stärkeren Wachstum von bisher nicht störenden Lanugohaaren bemerkbar macht, die dann ebenfalls entfernt werden müssen. Wird das Haar durch das Epilationsmesser nicht richtig getroffen, so bleibt die Haarpapille im subcutanen Gewebe stecken, und es erfolgt ein Rezidiv. Die Zahl der Rezidive hängt aufser von dem Sitz der Haare von der wechselnden Geschicklichkeit des Operateurs ab, bleibt aber hinter der mit anderen Methoden weit zurück. *A. Loewald-Kolmar.*

Die neue sichere Epilationsmethode KROMAYERs und die Elektrolyse, von WILH. KÜHN-Leipzig.

Erwiderung auf obigen Artikel, von KROMAYER-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 15.)

KÜHN nimmt die Elektrolyse gegenüber KROMAYER in Schutz. Rezidive erfolgen nicht, wie KROMAYER angibt, in etwa der Hälfte der operierten Haare, sondern in höchstens 20 %; er selbst hat nur 3—5 % Rezidive. KÜHN bezweifelt, dafs die Stanzmethode so grofse Vorzüge vor der Elektrolyse hat. KROMAYER erwidert, dafs KÜHN über die Stanzmethode urteile, ohne sie anders als aus der Beschreibung zu kennen. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Fall von universeller kongenitaler Atrichie, von A. E. ESHNER-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. science.* April 1905.) Betrifft einen 64jährigen Anstreicher, welcher behauptete, seit Geburt an stets völlig frei von allen Haaren gewesen zu sein. Die Haut war glatt, weich und geschmeidig. Schweifssekretion war angeblich gering. Die Finger- und Zehennägel waren nur halb so lang wie normal und brüchig

nach Aussage des Patienten nie geschnitten zu werden. Der distale Rand derselben war unregelmäfsig gestaltet und longitudinal gefurcht. Nebenbei bestand Retinitis albicans. Verfasser bespricht eine Reihe von diesbezüglichen Mitteilungen aus der Literatur. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Naevus linearis verrucosus, von Georg Köhnlein. (Inaug.-Dissert. München 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Beiträge zur Lehre vom Hermaphroditismus, von Ernst Unger-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 17.) Verfasser gibt den Befund einer zur Sektion gekommenen Hermaphroditin von 37 Jahren. Die inneren Genitalien boten ein buntes Bild: es besteht beiderseits ein Hoden, Nebenhoden und ungestielte Hydatide, beiderseits ein Müllerscher Gang vom Leistenkanal bis zum Beginn der Vagina reichend, beide sind nicht miteinander verschmolzen. Der Uteruskörper entspricht dem späteren Fundus uteri, hier handelt es sich um einen Uterus didelphys mit rudimentärer Ausbildung. Nur der distalste Teil der Müllerschen Gänge ist vereinigt. Die Wolffschen Gänge, die beim Weibe regulär nicht vorhanden sind, höchstens als Gartnersche Kanäle persistieren, bestehen hier in gröfserer Ausdehnung, und zwar im distalen Abschnitt. Es handelt sich also um eine Zwitterbildung und zwar, wenn man der Klebsschen Einteilung folgt, um einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus et internus s. completus. Im Anschlusse erwähnt Verfasser einen zweiten Fall bei einem 27jährigen Individuum mit Mädchennamen, deren Untersuchung einen durchaus männlichen Habitus ergibt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Adenome der männlichen und weiblichen Keimdrüse bei Hermaphroditismus verus und spurius, von Ludwig Pick. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 17.) P. untersuchte den Hoden eines Pseudohermaphroditen des Ungerschen Falles I (vergl. das vorhergehende Referat) und die schon von Unger bei diesem Falle festgestellten eigentümlich gebauten Adenome, deren ganzen histologischen Bau er beschreibt; es handelt sich hier um ganz reine tubuläre Adenome, die ganz unzweifelhaft in Form multipler knotiger Herde von den Samenkanälchen des atrophischen Hodens aus entstehen. P. bespricht dann noch einen zweiten Fall; es handelt sich um eine Neubildung im Ovarium, welche ein exquisites tubuläres Adenom ist, eine Form, die aus einer adenomatösen Wucherung des Hodenteils in ein Ovotestis hervorgeht. Es handelt sich also um ein Adenoma tubulare testiculare ovarii oder ein Adenoma tubulare testiculi ovotestis bei einem Fall von wahrem Hermaphroditismus unter adenomatöser Umwandlung des männlichen Anteils der Zwitterdrüse.

Bernhard Schulze-Kiel.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Das neue Elektrocystoskop, von William K. Otis. (*New York med. Journ.* 1. April 1905.) Otis richtete bei der Verbesserung seines Elektrocystoskops sein Hauptaugenmerk auf das Okularsystem, welches bei allen anderen Cystoskopen trotz so vieler Neuerungen ebenso geblieben ist wie das von Hartwig oder Leiter im Jahre 1887 konstruierte. Nach langen Experimenten und Untersuchungen in Gemeinschaft mit einem tüchtigen Mechaniker (Ward) kam er schliefslich dazu, das Prisma ganz zu entfernen und an dessen Stelle eine halbkreisförmige Linse zu setzen, deren Planfläche übersilbert ist und wobei ein Teil des Umkreises das Fenster in der Tube des Instruments ausfüllt und schliefst, wie es beim Prisma der Fall ist. Ohne näher auf physikalische Details einzugehen, seien hier nur als Vorteile dieser Linse gegen-

über dem Prisma hervorgehoben, dafs sie die störenden Strahlen ablenkt, das Gesichtsfeld erweitert (viermal so grofs als bei jedem anderen rektangulären Cystoskop) und die Beleuchtung verstärkt. Das Cystoskop besteht aus zwei getrennten Teilen, von welchen der äufsere Katheter oder die Scheide die Beleuchtung, der innere den ganzen optischen Apparat trägt; die an der Spitze angebrachte elektrische Lampe ist von spezieller Konstruktion und zeichnet sich sowohl durch ihr vorzügliches Licht wie fast völliges Fehlen von Hitze aus. Dieser Umstand sowie jener, dafs die Linse während der Einführung vor jeder Beschmutzung geschützt ist, ermöglicht auch die Untersuchung mit Luft (also nicht mit vorheriger Wasserfüllung der Blase), wenn sich dies als notwendig erweisen sollte. Der kurze Schnabel, das Fehlen des flachen Endes und der scharfen Ecken des Prisma, die gröfsere Weite der Röhre erleichtern die Einführung des Cystoskops und verursachen weniger gerne Blutung; all dies zusammen mit vorzüglicher Ausführung des Instruments und dessen relativ mäfsiger Preis lassen Otis dasselbe vor all den anderen den Vorzug geben.

Stern-München.

Zur Kasuistik der Penisverletzungen, von W. v. Grot-Riga. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 6 und 7.) Die Verletzungen am Penis werden in subcutane und offene geteilt. Zu ersteren zählen die als Penisfrakturen bezeichneten Zerreifsungen der Schwellkörper und der Albuginea während der Erektion, ferner die Quetschungen, sowohl der Haut allein als auch in Gemeinschaft mit den Corpora cavernosa, die durch Überziehen von Ringen oder Umschnürung mit Bändern, Fäden usw. hervorgerufenen Einschnürungen des Penis, sowie die Verletzungen der Harnröhre, die durch Einführung von Gegenständen zum Zwecke der Masturbation oder dergleichen verursacht sind. Offene Verletzungen sind Stich-, Schufs-, Rifs- oder Schnittwunden. Verfasser berichtet über einen Fall von Abreifsung der Penis- und Scrotalhaut durch Maschinenverletzung, bei dem plastische Deckung des Defektes notwendig wurde, und über drei Fälle von Schnittwunden am Penis, alle „von zarter Hand".

A. Loewald-Kolmar.

Die Verletzungen des Penis nebst einem Fall von traumatischem Sequester der Corpora cavernosa penis, von Ernst Georg Gross. Aus dem pathologischen Institut zu Kiel. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.)

Fritz Loeb-München.

Über gutartige Penistumoren, von Hermann Schulz. (Inaug.-Dissert. Freiburg im Breisgau 1902.) Ein Fall von Fibromyom des Penis.

Fritz Loeb-München.

Peniscarcinom, von Hermann Bortscheller. (Inaug.-Dissert. München 1902.)

Über eine Art Spontanluxation des Penis, von Eduard Hailer. (Inaug.-Dissert. München 1902.)

Fritz Loeb-München.

Paraurethritis. Anatomische Übersicht mit einem Bericht über zwei Fälle, von J. W. Churchman-Baltimore. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 14. Jan. 1905.) Paraurethrale drüsenähnliche Bildungen finden sich bei Hypospadie häufiger als bei normalem Penis. Sie können oberhalb, unterhalb oder seitlich von der Urethralmündung sitzen. Bei fehlender Hypospadie sind die Lippen des Orificium ihr häufigster Sitz. Ihre Ausdehnung schwankt von leichten Einsenkungen bis zu langen Gängen. Sie können die Form einer richtigen Fistel annehmen, die entweder mit der Urethra mehr oder weniger parallel verläuft oder den Peniskörper durchbohrt und mit dem Lumen der Harnröhre in Verbindung steht. Bei Hypospadien bestehen sie meist aus medianen Einsenkungen in dem Wall der Fossa navicularis. Die paraurethralen Gänge bieten einen sicheren Schlupfwinkel für Mikroorganismen und können daher dauernde Infektionen verschulden.

Aus seinen beiden Beobachtungen von Paraurethritis, von denen die eine einen normalen Penis, die andere einen Penis mit Hypospadie betraf, zieht Verfasser folgende Schlüsse:

1. Die blennorrhoische Infektion der paraurethralen Gänge kann während des Verlaufs einer gewöhnlichen Urethritis bemerkbar werden, aber auch vor dem Eintritt aller urethralen Symptome.

2. In ihren ganz frühen Stadien kann die Paraurethritis entzündliche Erkrankungen der Glansoberfläche vortäuschen, namentlich beginnenden Schanker, Schankroid und Herpes.

3. Die Infektion der paraurethralen Gänge läfst sich nur sehr schwer beseitigen, da selbst nach Kauterisation die Mikroorganismen in reichlicher Zahl wiederkehren.

4. Die Infektion kann ohne chirurgische Eingriffe bekämpft werden, und das dauernde Bestehen eines Nachbarinfektionsherdes braucht nicht notwendigerweise eine Gefahr für die Harnröhre zu bedeuten, wenn geeignete prophylaktische Mafsnahmen getroffen werden (Antisepsis und häufige Spülungen).

A. Loewald-Kolmar.

Vorkommen eines paraurethralen Ganges mit cystischen Erweiterungen in der Genitoperinealraphe, von Ernst Spitzer-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 9.) Sp. fand bei einem Patienten, der wegen Syphilis im Krankenhause lag, $1^1/_2$ cm hinter dem hypospadisch verlängerten Orificium urethrae, in der Raphe penis gelegen, eine feingeschlitzte Öffnung, die von scharfen, geröteten Rändern umgeben war. Von dieser Öffnung aus zieht in der Raphe ein federkieldicker, leicht gewundener Strang, dicht unter der Haut, der sich 3 cm hinter seinem Beginn zu einer erbsengrofsen Blase erweitert und sich mit kleineren, rosenkranzartigen Auftreibungen besetzt anfühlt. Der Gang mifst 8 cm und ist mit einer feinen Rofshaarborste leicht zu sondieren; die Haut über den cystischen Erweiterungen ist blafs und verdünnt. Die Blasen entleeren auf Druck aus der Mündung des Ganges eine milchige Flüssigkeit und füllen sich im Verlaufe eines bis zweier Tage wieder prall damit an, bis dieselbe spontan austritt. Exzision des Ganges, glatte Heilung. Was die Entstehung des Ganges anbelangt, so meint Sp., dafs derselbe nicht aus der Urethralrinne selbst entstanden ist, sondern durch Hemmung bei der Verklebung der an die Urethralrinne anstofsenden äufseren Haut. Dafür spricht einmal der genau gradlinig an die Raphe penis et scroti gebundene Verlauf, die nahe unter der Haut befindliche Lagerung, die bedeutende Länge, vor allem aber die in mehrfachen cystischen Erweiterungen des Ganges noch vorhandene Auskleidung mit einem Epithel, das den typischen Bau der Epidermis zeigt, nämlich eine basale, cylinderähnliche Zellenschicht, mehrere Lagen von Retezellen und darüber ein mächtig ausgebildetes Stratum corneum. Die eigentümliche Mischung von cylinderförmigem Epithel und mehrfach geschichtetem Pflasterepithel in den Hohlräumen, läfst die Frage bezüglich der Entstehungsart, welches das Primäre und welches das Sekundäre sei, offen. Ob bei dem Patienten, der seit drei Jahren eine Blennorrhoe hatte, die nie ausheilte, eine blennorrhoische Paraurethritis bestanden hat, liefs sich nicht feststellen, da weder in den Flocken des Urins noch in dem Sekret des Ganges Gonokokken nachgewiesen werden konnten. *Putsler-Danzig.*

Beitrag zur Lehre von der Metaplasie und Keratosis der Urethralschleimhaut, von Carl Brügel. (Inaug.-Dissert. München 1904. 23 S. mit drei farbigen Tafeln.) Beschreibung von drei Fällen hochgradiger Hornsubstanzbildung. Beachtenswerte Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Verschiedenes.

Berichtigung. Herr Dr. Lipschütz schreibt uns zu dem Referate über seine Arbeit S. 248:

Wien, den 25. September 1905.

1. Ich habe nicht Impfungen mit Reinkulturen bei 70 Personen vorgenommen, sondern bei über 100 Personen, die teils (70)mit venerischen Geschwüren, teils (über 30) mit differentialdiagnostisch mit diesen in Betracht gekommenen Geschwürsformen zur Aufnahme gelangten, Impfungen „auf den Träger" ausgeführt. Mit Reinkulturen habe ich nur bei mir selbst und bei einigen Patienten der Klinik venerische Geschwüre erzeugt;

2. habe ich nicht die „ulcerierte Form" des venerischen Geschwürs der Portio und Vagina, sondern die „elevierte Form" genauer untersucht und bakteriologisch sichergestellt; auch habe ich in meiner Arbeit betont, daſs ich in keinem Falle „vertiefte" Substanzverluste an der Portio gesehen habe. Hochachtungsvoll

Dr. Lipschütz.

Technik der Jodipin-Injektion, von Felix Pinkus-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. 1. Jahrg. Nr. 6.) Die Injektionen werden in den Rücken oder das Gesäſs gemacht. Man beginnt mit 1 ccm 10 % Jodipin und steigt, wenn dies ohne Beschwerden vertragen wird, täglich (2, 5, 10, 20 ccm) bis zu 20 ccm des starken Präparates. Die gröſseren Ölquanten werden mit einer 20 ccm fassenden Ultzmannschen Spritze eingeführt. Vor der Benutzung ist das Jodipin im warmen Wasserbade dünnflüssiger zu machen. Schmerzen sind fast nie vorhanden, höchstens eine zwei bis drei Tage anhaltende Empfindlichkeit um die Injektionsstelle; allerdings kommen auch Ausnahmen vor. Jodakne ist selten; tritt sie auf, ist sie um so hartnäckiger. Gröſste Vorsicht ist zur Vermeidung von Embolien geboten, namentlich bei Injektion in die Glutaealgegend. Es gelten hier alle Regeln, die bei den unlöslichen Quecksilbersalben im Gebrauch sind. Die Injektion soll in Bauchlage vorgenommen werden. Die Kanüle soll nur in die oberflächlichen Muskellagen eindringen. Nach dem Einstich muſs die Spritze von der Kanüle abgenommen und darauf geachtet werden, ob Blut austritt, oder der Flüssigkeitsspiegel sich vorwölbt; nach ein bis zwei Minuten langem Warten empfiehlt es sich noch, mit der Spritze anzusaugen und wiederum ein bis zwei Minuten zu warten, ob Blutaustritt erfolgt. Sind alle diese Vorsichtsmaſsregeln erfüllt, wird langsam injiziert, schnell herausgezogen, schwach massiert und mit Zinkpflaster verklebt. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Eine gute Subcutanspritze, von H. Frey-Davos. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1905. Nr. 14.) F. empfiehlt als wirklich ideale Präzisionsspritze die sogenannte Lieberg-Spritze, deren Hauptvorteile vorzüglichste Dichtung bei leichtester Reinigungsmöglichkeit und genaue, eingeätzte Graduierung sind. *Putzler-Danzig.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

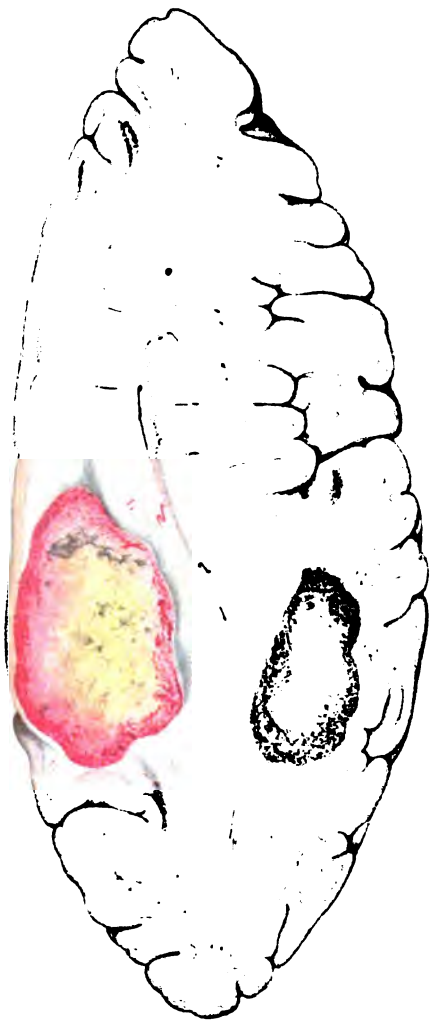
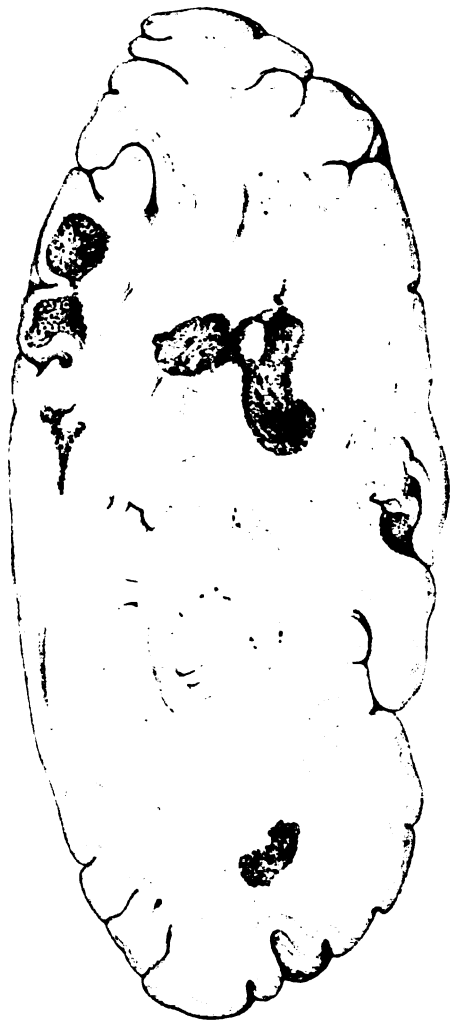


Fig. 2.



Brandweiner.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 9. 1. November 1905.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Syphilidologie und Dermatologie in Wien
(Vorstand: Professor Dr. Ernst Finger).

Zur Kenntnis der Mykosis fungoides.

Von

Dr. Alfred Brandweiner,
I. Assistent der Klinik.

(Mit einer Tafel.)

Die Mitteilung der nachfolgenden Beobachtung möge zeigen, wie oft ein einziger Krankheitsfall neue Streiflichter auf ein allerdings noch nicht genügend abgegrenztes und gekanntes Krankheitsbild werfen kann — sie hat aber auch gleichzeitig den Zweck, eine Übersicht über Beobachtungen zu geben, die wohl schon früher, besonders aber in letzter Zeit das Interesse der Fachkollegen erregten.

Krankengeschichte.

W. B., 50jähriger Kaufmann aus Rufsland stand seit Mitte Juni 1902 an der Klinik in Behandlung. Von einigen mehrmonatlichen Unterbrechungen abgesehen, während welcher er sich regelmäfsig im Ambulatorium vorstellte, war derselbe in der Klinik interniert.

Aus der Anamnese sei hervorgehoben, dafs das Hautleiden angeblich seit etwa 30 Jahren bestand. Ende 1901 stand Patient in Warschau deswegen in Behandlung und erhielt nach seinen Angaben während eines Zeitraumes von sieben Monaten täglich vier Löffel einer Jodkaliumlösung. Patient hatte sieben Kinder (vier davon starben an Fraisen). Die Frau des Patienten abortierte einmal. Der Kranke weifs über andere überstandene Krankheiten keine Angaben zu machen. Potus und Lues negiert. Der Patient sucht die Klinik wegen seines Hautleidens auf, welches ihn durch mäfsiges Jucken und durch die Hartnäckigkeit belästigt. Aufserdem besteht unbestimmt lokalisierter Kopfschmerz, dessentwegen Patient an einem Nervenambulatorium in Behandlung stand. Patient ist schwerhörig.

Bis in die letzte Zeit der Beobachtung stand das Hautleiden des Patienten allein im Vordergrund des Interesses. Es möge daher hier nur das wichtigste, dermatologisch interessante aus Status präsens und Decursus verzeichnet werden.

Bei der Aufnahme im Juni 1902 war die Haut der gesamten Körperoberfläche mit Ausnahme der Streck- und Beugefläche der Hände und Füfse sowie der Skrotalhaut von sepiabraunen, herdförmig verteilten Pigmentationen eingenommen. Zwischen diesen fanden sich flächenhaft ausgebreitete Gruppen flacher, jedoch ziemlich unvermittelt vorspringender, meist linsengrofser Effloreszenzen, die hell- oder lividrote Farbe und bei Betastung keloidartige Konsistenz zeigten. Die Decke dieser Knötchen bestand entweder aus unversehrten aber verdünnten, bisweilen fein gefältelten Hornschichtlamellen oder aus lamellösen, zarten Schuppen. Diese Schuppen liefsen sich sehr leicht von den Effloreszenzen in toto abheben, waren sehr dünn und dementsprechend transparent. Einige Knötchen entbehrten einer Decke — der nässende oder blutende Papillarkörper lag frei zutage. Andere Effloreszenzen waren wieder von bräunlich tingierten Borken bedeckt. Hie und da fanden sich auch vereinzelte pustulöse Effloreszenzen mit hellrotem Entzündungshof (Impetigines), die mit dem eigentlichen Krankheitsbild nichts zu tun hatten und infolge von Sekundärinfektion auftraten. Zwischen diesen Pigmentationen und papulösen Effloreszenzen fanden sich auch zahlreiche weifsliche, narbige oder atrophische Flecke eingestreut, die entweder singulär standen und dann etwa linsengrofs waren oder zu gröfseren unregelmäfsigen Gruppen zusammentraten. Durch das gleichzeitige Vorhandensein dieser drei Elemente erhielt die Körperoberfläche ein buntes, dreifarbiges, scheckiges Kolorit. Die papulösen Formen traten nun oft in deutlichen Gruppen auf, die Kreisform zeigten. Dadurch entstanden bis talergrofse Herde, die dann folgende Eigentümlichkeiten boten: Während die peripheren Anteile eleviert und bisweilen erodiert sind, zeigt sich das Zentrum entweder annähernd zur Norm zurückgekehrt, oder es erhebt sich zu flachprominenten, drusig unebenen, warzenartigen, hornigen Gebilden, die schmutzige Farbe zeigen. Ein solcher Plaque zeigte sich an der Aufsenseite des rechten Knies. An der Nasenwurzel rechts befand sich ein etwa kronengrofser Plaque, der leicht (1—2 mm) eleviert und mit schmutzigbraun tingierten Borken bedeckt war. Nach Entfernung derselben lag der blutende Papillarkörper frei zutage. Im Verlauf von einigen Wochen schwanden diese Plaques mit Hinterlassung von anfangs rosenroten, später weifsen Narben, in deren Umgebung sich Pigment ablagerte. Die vorerwähnten Knötchen blieben oft lange Zeit bestehen (besonders in der Kreuzgegend), flachten allmählich ab und schwanden schliefslich mit Hinterlassung von bräunlichen Pigmentationen. Zur Zeit der Abflachung der Effloreszenzen konnte regel-

mäfsig eine deutliche, grofslamellöse Abschuppung konstatiert werden. Die Schuppen waren sehr zart, durchscheinend und lösten sich von der Efflorescenz sehr leicht in toto ab. Die Farbe der Knötchen wandelte sich während ihres langen Bestandes vom Hellroten ins Braunrote. Am reichlichsten waren die Knötchen immer auf der Haut des Rückens erschienen und bildeten hier besonders in der Schulterblatt- und Kreuzregion bis handflächengrofse Gruppen. Leicht warzige Plaques und solche, welche mit Borkenauflagerungen bedeckt waren, traten im späteren Verlauf auch an der Streckfläche des rechten Oberarmes, an der Aufsenseite des linken und Innenseite des rechten Oberschenkels und am behaarten Kopf auf. An letzterem speziell waren die Borkenauflagerungen besonders dick. Löste man von diesen Plaques die hornartigen oder borkigen Massen ab, so lag ein leicht blutendes, schlaff granulierendes, mifsfarbiges Gewebe vor. Am behaarten Kopf fanden sich aufserdem zahlreiche weifsliche Narben von Linsen- bis Kronengröfse vor.

Beim letzten Spitalsaufenthalt (vom 3. Oktober 1904 bis 20. Januar 1905) zeigten sich folgende Erscheinungen:

Status praesens vom 3. Oktober 1904. Interner Befund. (Klinik von SCHRÖTTER.) Mann von mittlerer Gröfse, brauner Gesichts- und Hautfarbe. Die Lymphdrüsen am Hals nicht vergröfsert, die axillaren und inguinalen bohnen- bis haselnufsgrofs. Spitzenstofs nicht deutlich sichtbar, pulsatorische Erschütterung im vierten und fünften Intercostalraum innerhalb der Mammillarlinie. Daselbst beginnt die Herzdämpfung, die bis an den linken Sternalrand reicht. Basis des Herzens an der vierten Rippe, drei Querfinger breit. Herztöne rein. Töne an der Basis nicht akzentuiert. Die Leberdämpfung beginnt an der sechsten Rippe und reicht bis zum Rippenbogen. Milzdämpfung an der neunten Rippe, reicht bis zum Rippenbogen. Milz nicht palpabel. Über beiden Lungenspitzen vorne heller, voller Schall, rückwärts desgleichen. Derselbe reicht bis drei Querfinger breit über den Scapularwinkel. Leichte Bronchitis. Über dem Abdomen heller, voller Schall; keine Flüssigkeit, keine Tumoren nachweisbar.

Im Harn keine pathologischen Bestandteile, Larynx frei.

Blutbefund:

Hämoglobingehalt (nach FLEISCHL) ...	85
Rote Blutkörperchen	3 600 000
Weifse „	3 200
polynukleäre neutrophile	62 %
kleine Lymphocyten	18 %
grofse „	10 %
eosinophile polynukleäre	4 %
Mastzellen	2 %

Nervenbefund: Gehirnnerven bis auf zentrale (?) Acusticusstörung normal, Tic convulsiv der M. retrahent. auriculae. Am Körper keine Sensibilitätsstörungen. Verhalten der tiefen Reflexe und der motorischen Kraft normal. Keine Nervenverdickungen; leichte Druckempfindlichkeit der grofsen Nervenstämme, besonders am Halse. Der übrige Nervenbefund normal.

Hautbefund: Die Haut des Stammes und der Extremitäten zeigt zahlreiche Pigmentierungen von gelb- bis sepiabrauner Farbe, welche in zahlreichen, bis handflächengrofsen Gruppen beisammenstehen. In und zwischen denselben sieht man bis hellergrofse, weifsliche, narbige Stellen. Gesunde Haut zeigen nur die Beugeflächen der Ellenbogen- und Kniegelenke, die Axillen, das Scrotum, die Handteller und Sohlen. Neben den Narben und Pigmentationen finden sich oft in Gruppen stehende (so besonders über den Schulterblättern und dem Kreuzbein) etwa linsengrofse, teils hellrote, teils braunrote, flachprominente Knötchen, die entweder von leicht ablösbaren, transparenten, dünnen Schuppenlamellen oder von blutig tingierten Borken bedeckt sind. Nach Ablösung der Schuppen liegt das blutende Rete Malpighi blofs. An der Aufsenseite des linken Oberschenkels eine nicht pigmentierte, bläulichrote derbe Narbe (nach Exzision eines Knotens während des letzten Spitalsaufenthaltes). Zahlreiche glatte, haarlose, bis kindshandtellergrofse Stellen im Bereiche der Kopfhaut; die gröfste, völlig kreisrund, am Hinterhaupt. Leukodermaähnliche Flecke am Nacken.

Aus dem Decursus: 8. Oktober 1904. Die Narbe an der Aufsenseite des linken Oberschenkels ist an einer über hellergrofsen Stelle erodiert, näfst ein wenig und ist etwas infiltriert. Am linken Vorderarm, ulnarwärts in der Mitte ein haselnufsgrofser flachprominenter, schuppender, derber Knoten.

9. Oktober. Unter obengenannter Narbe am linken Oberschenkel ist die Haut in handtellergrofser Ausdehnung leicht eleviert, schuppend, infiltriert, in den zentralen Partien nässend und teilweise exulceriert, teilweise von gelblichen Borken bedeckt. Die in der Narbe gelegene erodierte Stelle derber, deutlicher infiltriert.

29. Oktober. Patient klagt über heftige Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Auge (Iridocyclitis, warme Umschläge und Atropin).

30. Oktober. Der Kranke zeigt ziemlich heftige Aufregung, bittet um Entlassung.

12. November. Über dem linken Augenbrauenbogen ein neuer, zentral erodierter, bohnengrofser, derb infiltrierter, braunroter Knoten. Die früher beschriebenen Knoten in Abflachung, Überhäutung und Involution begriffen.

5. Dezember. Patient klagt über heftigen Kopfschmerz und zeigt hypochondrischen Ideengang, beschäftigt sich mit Todesgedanken.

10. Dezember. Die Iridocyclitis des rechten Auges besteht mit ungeschwächter Heftigkeit fort; da Drucksteigerung eintritt, wird das Atropin ausgesetzt.

Augenbefund (Assistent Dr. Lauber): Anfangs bestand nur eine beginnende Sehnervenatrophie. Es trat ca. vier Wochen später eine Iridocyclitis auf, die auf Lokalbehandlung langsam zurückging und mehrere hintere Synechien erzeugte. Zirka fünf Wochen ante Exitum trat plötzlich Glaucom auf und der Visus erlosch vollständig.

Die histologische Untersuchung ergab bisher (die Serie konnte noch nicht durchstudiert werden) den Bestand einer Iridocyclitis mit partieller Nekrose der Iris, schwere eitrige Chorioiditis mit Übergreifen der Entzündung auf die Netzhaut und die Sehnervenpapille, Degeneration des Glaskörpers und beginnende komplizierte Katarakt. Der Sehnerv ist vollständig atrophisch.

19. Dezember. Beständige Klagen über heftigen Kopfschmerz (Pyramidon): Fortbestehen hypochondrischer Ideen. Patient fühlt sich sehr schwach. Puls klein. Abends: Herzschwäche (Strophantus).

24. Dezember. Im Gegensatz zur früheren Hypochondrie, apathische Stimmung, völlige, bis zur Somnulenz sich steigernde Gleichgültigkeit.

25. Dezember. In der Nacht wollte Patient das Bett verlassen, war auffallend blafs, zitterte krampfartig und erbrach. Der herbeigerufene Arzt konnte nichts Besonderes mehr konstatieren.

In den letzten Tagen mufste Patient häufiger urinieren.

26. Dezember, morgens. Patient liegt regungslos in Rückenlage, spricht nicht; Blick und Kopf starr nach rechts gewendet. Linke obere und untere Extremität in leichter Beugestellung, rigide. Rechte obere und untere Extremität schlaff, bewegungslos. Puls ziemlich kräftig, mäfsig beschleunigt (100). Patient macht einen ziemlich benommenen Eindruck. Nach dem Anfall während der vorhergehenden Nacht war Patient verwirrt. Harnmenge sehr gering.

Nervenstatus (Dozent Dr. Hirschl). 26. Dezember. ½12 Uhr vormittags. Patient liegt in Rückenlage, ist soporös. Kopf nach rechts gewendet, ebenso die Bulbi. Rechtsseitige schlaffe Hemiplegie. Auf Nadelstiche am ganzen Körper keine Reaktion. Die Extremitäten links zeigen spontane (Reflex-)Bewegungen, stehen in Kontraktionsstellung, reagieren auf starke Bewegung. Bei der Untersuchung der mimischen Muskulatur zeigt sich eine deutliche Parese des rechten Facialis. Patellarreflexe beiderseits abgeschwächt. Achillessehnenreflexe beiderseits lebhaft. Tiefe Reflexe an den oberen Extremitäten beiderseits vorhanden, rechts von geringerer Lebhaftigkeit als links. Puls klein, Spannung sehr gering. Leichte Nackensteifigkeit, kein Druckschmerz im Nacken, kein Keringsches Symptom.

Vermutungsdiagnose: Encephalomalacie; Tbc. der Meningen oder Infiltration der Meningen mit Tumoren der Mykosis fungoides).

Mittags bekommt Patient neuerdings einen kurze Zeit währenden Anfall von Zittern. Im Laufe des Tages wiederholen sich diese Anfälle mehrmals, besonders, wenn der Kranke den Kopf heben will. Er schluckt Milch, die ihm löffelweise eingegeben wird, anscheinend beschwerdelos. Er reagiert auf Anruf und Anfassen zögernd, Kopf und Blick bleiben nach rechts gerichtet. Hie und da spricht er einige fast unverständliche Worte, ohne die Lippen nennenswert zu bewegen. Puls nachmittags 102, aussetzend (Strophantus). Blase völlig leer, Stuhl angehalten, Bauchdecken leicht eingezogen, etwas empfindlich. Mit der rechten Hand hält Patient Gegenstände (Bettdecke) krampfhaft fest. Harnbefund: Serum- und Nukleoalbumin in Spuren, kein Zucker.

27. Dezember. Patient in etwas besserem Zustand. Er läfst sich Tee und Milch einflöfsen, schluckt leicht, erbricht nicht. Er läfst Stuhl und Harn unter sich, ist ziemlich benommen, reagiert nur selten. Puls 100 (Strophantus, Kampfer). Rechte Extremitäten rigide.

28. Dezember. In der Nacht war Patient unruhig, phantasierte längere Zeit und verfiel dann in Apathie. Er versucht aufzustehen, ist verworren. Puls besser (90). Temperatur meist normal, bisweilen leicht subfebril.

29. Dezember. Facialislähmung rechts deutlicher ausgeprägt.

Hautbefund: Ein länglich runder, kleinnufsgrofser, im Zentrum oberflächlich exulcerierter und daselbst leicht speckig belegter Knoten in der Exzisionsnarbe am linken Oberschenkel. Der Knoten über dem linken Augenbrauenbogen hat an Gröfse nicht zugenommen, ist in der Mitte exulceriert, doch zeigt die seichte Geschwürsfläche Tendenz zur Übernarbung. Unter dem rechten Schulterblatt besteht die handflächengrofse Gruppe flachpapulöser, leicht schuppender Infiltrate unverändert fort. Sonst keine wesentlichen Veränderungen gegen früher.

30. Dezember. Auffallende Schmerzhaftigkeit der Nackenwirbelsäule auf Druck und bei Bewegungen. Puls klein (Kampfer).

Harnbefund: Minimale Spuren von Albumin und Zucker. Im Sediment zahlreiche Kriställchen von oxalsaurem Kalk. Lymphkörperchen, Plattenepithelzellen, Schleimfäden und vereinzelte rote Blutkörperchen.

31. Dezember. In der Nacht phantasierte Patient. Vormittags beständig leichtes Stöhnen und Jammern. Ziemlich grofse Benommenheit. Die Rigidität der Gliedmafsen wechselt öfters, ist hie und da auch auf der gelähmten Seite zu beobachten.

2. Januar 1906. Patient ist mittags sehr erregt.

Der Knoten über dem linken Augenbrauenbogen in Involution begriffen, über dem rechten Augenbrauenbogen eine etwa über linsengrofse,

wenig umschriebene, ziemlich derbe, nur ganz wenig gerötete Verdickung. Im Zentrum derselben ist die Haut leicht rhagadiert und schuppend.

6. Januar. Die Extremitäten, besonders die unteren, in Kontrakturstellung, sind sehr rigide. Patient reagiert auf Anrufen, vermag die an ihn gerichteten kurzen Fragen über sein Befinden, wenn auch undeutlich, zu beantworten.

Später wieder somnolent, greift häufig an den Kopf. Puls leicht unterdrückbar, Pulswelle niedrig, Spannung herabgesetzt, Frequenz vermindert.

Der in der Exzisionsnarbe am linken Oberschenkel aufgetretene Knoten besteht fort, ist kronengroſs, im Zentrum mit Krusten bedeckt. An der Beugefläche des linken Oberschenkels in narbigem Terrain ein etwa talergroſser, unregelmäſsig wellig konturierter Plaque mit zwei bis drei Millimeter breitem, hellrotem Entzündungshof. Der Plaque ist flach eleviert, zum Teil nässend, zum Teil mit gelblichen Krusten bedeckt.

10. Januar. Patient liegt apathisch im Bett, nimmt fast keine Nahrung zu sich. Abdomen kahnförmig eingezogen. Incontinentia alvi et urinae.

Nervenstatus: 16. Januar. Patient in Rückenlage, Kopf etwas nach links geneigt. Bulbi nach links gewendet und eleviert. Augenlider meist halb gesenkt. Gelegentlich Bewegungen der linksseitigen Extremitäten, die rechtsseitigen ruhig und in leicht kontrahierter Haltung. Facialis rechts schlaff. Pupillen lichtstarr. Die rechten Extremitäten fallen nach Erheben schlaff herab, die linken führen auf Reize kleine Bewegungen aus. Die tiefen Reflexe beiderseits vorhanden, rechts lebhafter. Patient empfindet Nadelstiche auf beiden Körperhälften. Die Abwehrbewegungen treten bei Nadelstichen rechts später ein und werden nur mit den linken Extremitäten ausgeführt. Bauchdecken- und Cremasterreflexe fehlen. Sehnenreflexe beiderseits vorhanden, lebhaft. Kein Babinsky. Harn und Stuhl läſst Patient unter sich. Blase leer. Puls klein, mäſsig frequent, Temperatur 36°. Patient ist stark benommen, soporös, reagiert nicht auf Anrufen, nur auf Schmerzreize mit Abwehrbewegungen, leisem Murmeln und Verziehen des Gesichts. Reaktion auf optische Reize (Wachsstock) beiderseits so gering, daſs Hemianopsie nicht wahrnehmbar.

Diagnose: Encephalomalazischer Herd in der linken Hirnhämisphäre.

Harnbefund: Minimale Spuren von Albumin, im geringen Sediment Harnsäure, saurer phosphorsaurer Kalk, spärliche Eiterkörperchen und Plattenepithelien.

18. Januar. Zustand unverändert.

19. Januar. Keine Nahrungsaufnahme, Atmung unregelmäſsig, Cheyne-Stokesscher Typus. Der Kranke reagiert nicht auf Anrufen. Puls klein, unregelmäſsig.

20. Januar. Patient vollständig benommen, Atmung sehr unregelmäfsig. Exitus letalis 1/25 Uhr nachmittags.

Sektionsbefund (Prof. Dr. Ghon). 166 cm lange männliche Leiche, schwächlich, mager. Die Haut bräunlichgrau, Schleimhäute blafs, Pupillen mittelweit, gleich. Hals lang und schmal, Thorax lang, flach, schmal. Abdomen eingezogen. In der Gegend des linken Trochanters ein flaches, ca. haselnufsgrofses Infiltrat, oberflächlich zerfallen, flachsichelförmig bis in die Cutis reichend, scharf absetzend. Die Schnittfläche desselben rötlichgrau gesprenkelt. An der Hinterfläche des linken Oberschenkels ist an einer ovalen, ca. 12 cm langen und 5 cm breiten Stelle die Oberhaut teils gefaltet, teils vom Corium leicht ablösbar, teils, und zwar im Zentrum der betreffenden Stelle, fehlend, woselbst das blofsgelegte Corium mit gelblichen Krusten bedeckt erscheint. Auf einem Durchschnitt zeigt sich die Cutis teilweise hämorrhagisch infiltriert. In der linken Kniekehle finden sich mehrere kleine und gröfsere, teils weifsliche, teils bläulichrote Flecke, über denen die Epidermis teilweise in Desquamation begriffen ist. Ähnliche zum Teil gröfsere Flecke finden sich auch an der Haut des Rückens, über denen die Epidermis bereits maceriert ist. An der hinteren Fläche des rechten Oberschenkels und an der lateralen Fläche des oberen Drittels des linken Oberschenkels finden sich mehrere hanfkorn- bis fast bohnengrofse, weifsliche Plaques, die sich mehrere Millimeter über das angrenzende Hautniveau erheben und sich ziemlich derb anfühlen. Die Epidermis über denselben ist teils glatt, teils leicht gerunzelt. Die Haut im übrigen, namentlich an den Extremitäten, stellenweise schuppend, mit verschieden grofsen, flachen, zarten Narben besetzt.

Das Schädeldach ist 18 cm lang, 14 1/2 cm breit, 3 mm dick. Die Dura ist teilweise fixiert, stellenweise verdickt. Die inneren Hirnhäute gespannt, zart, mäfsig blutreich. An der rechten Grofshirnhämisphäre im Bereich der hinteren Zentralwindung ein etwa kleinnufsgrofser, schwärzlicher, weicher Knoten durchscheinend. Die Gefäfse an der Basis durchschimmernd. An der Mantelkante beider Hämisphären gegen die Hinterhauptslappen zu gleichfalls schwärzliche Knoten durchscheinend. An der Schnittfläche (siehe Abbildung), horizontal durch beide Hämisphären, sieht man entsprechend den durchscheinenden Knoten mehrere haselnufs- bis zirka kleinapfelgrofse Knoten, die zum Teil im Marklager situiert sind, teils auf die Rinde übergreifen, ziemlich scharf abgegrenzt erscheinen, über die Schnittfläche leicht prominieren und aus einem weichen Gewebe bestehen, das rötlichgrau gesprenkelt und in den zentralen Partien vielfach nekrotisch ist. Der gröfste dieser Tumoren, in der linken Hämisphäre sitzend, greift

auf das obere Dach des Hinterhorns und auf den Plexus chorioideus über. Die Marksubstanz erscheint in der Umgebung der gröfseren Knoten leicht sulzig und gelblich. Die Ventrikel sind nicht erweitert, ihr Ependym ist im allgemeinen glatt; die Hirnwindungen sowohl der Oberfläche wie der Basis sind stark abgeplattet, die Sulci verstrichen.

Bauchorgane normal gelagert. Die linke Lunge an der Spitze leicht fixiert, desgleichen mit ihrer medialen Fläche am Herzbeutel. Die Pleura der linken Lungenspitze verdickt, sonst zart. Die rechte Lunge im Bereich des Oberlappens an der vorderen Fläche fixiert, ihre Pleura verdickt. Die Spitze des rechten Oberlappens schwielig induriert, in derselben ein kleiner verkäster Knoten. Im übrigen beide Lungen lufthaltig, substanzarm, die Unterlappen etwas blutreicher. In den Bronchien eitriges, gelbes Sekret. Die bronchopulmonalen Lymphdrüsen klein, zum Teil geschrumpft, anthrakotisch.

Das Herz entsprechend grofs, der rechte Ventrikel etwas dilatiert. Der Klappenapparat zart und schlufsfähig, der Herzmuskel braun, zäh. Die Schilddrüse entsprechend grofs, von kleinen Colloidcysten durchsetzt. Die Schleimhaut des Pharynx, Larynx und der Trachea blafs, Tonsillen und Follikel am Lungengrund klein. Die Milz ist 15 cm lang, 6 cm breit und mifst 3 cm im Dickendurchmesser; ihre Kapsel ist zart, die Pulpa derb, dunkelbraunrot, nicht abstreifbar, die Trabekel sind sichtbar. In der Gallenblase befindet sich dunkelgrüne, zähe Galle. Die Leber ist klein, scharfrandig, mäfsig blutreich, braun, mit deutlich erhaltener Zeichnung. Die Nebennieren sind flach, ihre Rinde hellgelb. Die Nieren entsprechend grofs, ihre Kapsel leicht abziehbar, die Oberfläche glatt, ihre Farbe rötlichgrau. Die Marksubstanz ist dunkler, gut abgegrenzt. In der Harnblase befindet sich klarer Harn, die Blasenschleimhaut ist rotgrau. Die Prostata ist klein, derb. An Hoden und Nebenhoden keine Veränderungen. Das Pankreas ist gleichmäfsig gelappt, rötlichgrau, ziemlich derb. Der Magen ist fast leer, seine Schleimhaut schmutziggrau, im Fundusteil verdaut. Im Dünndarm spärliche, breiige, gelbbraune Massen, seine Schleimhaut rötlichgrau. Im Dickdarm breiige Kotmassen von braungelber Farbe. Schleimhaut blafs.

Die Wirbelkörper am Durchschnitt gleichmäfsig dunkelrotbraun. Das Knochenmark des rechten Oberschenkels in der unteren Hälfte Fettmark, in der oberen Hälfte stellenweise rotes Mark, letzteres nicht vorquellend.

Am Rückenmark und an seinen Häuten keine Veränderungen.

Einer histologischen Untersuchung wurden die pathologischen Produkte der Haut und die Tumoren im Gehirn unterzogen. Das Mark der Knochen erwies sich histologisch als ganz normal.

In den flachen, knötchenförmigen Infiltraten fanden sich folgende Veränderungen vor: In den tieferen Schichten der Subcutis sind keine pathologischen Veränderungen. Ein Reichtum an jungen Bindegewebszellen ist bemerkbar. Die Hauptveränderungen sind in der subpapillären Schichte zu beobachten. Es finden sich zunächst um die Blutgefäfse, welche Dilatation und starke Blutfüllung aufweisen, dichte und scharf abgegrenzte Lagen von hauptsächlich zwei Zelltypen: Kleine, runde Zellen mit verhältnismäfsig grofsem, intensiv tingierten kreisrundem Kern und schmalem Protoplasmasaum und junge Bindegewebszellen. Diese Infiltrate drängen das kollagene Gewebe in Bündeln auseinander, so dafs die Stränge desselben die Züge des Infiltrates ziemlich scharf isolieren. Diese Streifen kollagenen Gewebes sind nur wenig von den Zellen des Infiltrates durchwachsen. Wo das Infiltrat in reichlicherer Menge vorhanden ist, zeichnen sich seine Zellen, wie dies schon von UNNA (37) ausdrücklich bemerkt wurde, durch ihre Polymorphie aus. Es besteht dieses Infiltrat aus den früher beschriebenen runden Zellen mit grofsem, zentralem, stark gefärbtem Kern. Es lassen sich von diesem Typus deutlich zweierlei Zellformen unterscheiden, die blofs durch ihre Gröfse different sind. Neben diesen finden sich gröfsere ovale Zellen mit gröfserem Protoplasmareichtum und einem gut, aber nicht so intensiv gefärbten Kern wie bei den runden Formen. Derselbe ist meist oval und exzentrisch gelegen. Aufser diesen finden sich noch gröfsere, oft polygonale rundliche Zellen mit mehreren, bisweilen bläschenförmigen Kernen, die in wechselnder, jedoch nicht sehr reichlicher Zahl vorhanden sind (Riesenzellen, welche mit den Zellen des Riesenzellensarkoms morphologisch weit mehr Ähnlichkeit haben als mit den bei Tuberkulose vorkommenden). Ihr Protoplasmagehalt ist reichlich. Im Papillarkörper finden sich analoge Veränderungen, jedoch in weit geringerer Intensität. Das Infiltrat um die Gefäfse ist entsprechend den Kapillaren bedeutend geringer, doch sind auch hier die gleichen Zellformen sichtbar. Im Rete, das leicht ödematöse Durchtränkung aufweist, finden sich gleichfalls die Zellen, aus denen sich das Infiltrat zusammensetzt. Die kleinen und gröfseren runden Formen herrschen vor, die ovalen und polygonalen sind spärlicher. Die Infiltratzellen drängen die Retezellen auseinander und kommen zwischen diese (in die Kittsubstanz) zu liegen. Mit diesen angeführten Zelltypen ist aber die Vielgestaltigkeit der Zellen durchaus nicht erschöpft. Es sollen damit nur gewissermafsen die Typen skizziert sein, von denen es zahlreiche Abweichungen gibt. Es sei hier nochmals betont, dafs besonders in der Umgebung der Gefäfse eine deutliche Wucherung von Bindegewebszellen wahrnehmbar ist. Der Gehalt an Mastzellen ist sehr gering, ebenso sind die Riesenzellen spärlich. Besonders erwähnt sei die verhältnismäfsig grofse Zahl von Kernbröckeln, die frei im Gewebe

liegen und auf die ebenfalls UNNA (37) hingewiesen hat, denen er in der Beurteilung des histologischen Bildes der Mykosis fungoides, wie mir scheinen will, mit Recht eine grofse Bedeutung beilegt. Dieselben finden sich überall in den Infiltraten und im Gewebe in Form von dreieckigen oder vieleckigen, gut tingiblen Gebilden. Die Hornsubstanz über dem etwas verbreiterten Rete ist sehr schmal und kernhaltig, die Keratohyalinschichte fehlt.

In den gröfseren zum Zerfall neigenden Knoten reichen die krankhaften Veränderungen nicht tiefer als bis zum Fettgewebe der Subcutis. Die Anordnung des in den zentralsten Anteilen sehr dichten Infiltrates ist ungefähr so zu denken, dafs von diesem kompakten Zentrum aus das Infiltrat hauptsächlich in der horizontalen Richtung spärlicher wird, sich schliefslich zu Zügen ordnet, die von bindegewebigen Septen getrennt werden. Die peripheren Anteile haben in dieser Beziehung daher grofse Ähnlichkeit mit den flachen Infiltraten. Es findet also ein allmähliches Ausklingen des Tumorgewebes nach der Peripherie statt, kein plötzliches Absetzen. Auch hier finden sich in den Septen des Bindegewebes die obgenannten Zellen spärlich eingelagert. In der Vertikalen beginnt das dichte Infiltrat fast plötzlich über dem Fettgewebe und zerfasert das kollagene Gewebe in so feine Bündel und Fäden, dafs ich mir auf diese Weise das vielbeschriebene Reticulum zustandegekommen vorstelle. Es finden sich keine anderen stichhaltigen Anhaltspunkte für dessen Entstehung als die Annahme der Verdrängung und Durchwachsung. Die Blutgefäfse sind überall stark erweitert, mit Blut reichlich gefüllt. Speziell in den oberflächlicher gelagerten Anteilen der Tumoren finden sich die Blutgefäfse öfters parallel nach aufwärts ziehend. In diesen Anteilen der Geschwülste sieht man auch Streifen von der Dicke eines Blutgefäfses, welche ganz homogene Struktur und gleichmäfsige Färbung zeigen (hyaline Degeneration der Gefäfse?).

Auch in den dichtesten Anteilen des Infiltrates finden sich die verschieden gestalteten Zellen, wie sie in den flachen Infiltraten schon beschrieben wurden. Deutlich erkennbar sind die Gefäfse mit den sie umgebenden reichlichen „Rundzellenanhäufungen“ und jungen Bindegewebszellen. RIECKE (13) hat auf dieses Vorkommen schon deutlich hingewiesen. Die Gefäfse selbst zeigen auch in den dichtesten Infiltratanteilen keine anderen Veränderungen als Dilatation und starke Blutfüllung. In den der Oberfläche zugekehrten zentralen Anteilen der Tumoren fehlt der Papillarkörper und das Rete vollkommen. In ihrer Höhe ungefähr ist ein plötzlicher Übergang des Infiltrates in nekrotisches Gewebe wahrnehmbar. Die Kerne sind nicht mehr tingibel, das Gewebe erscheint homogen oder leicht faserig. Über diesem nekrotischen Zentrum zeigt sich nach oben zu ein dichtes Fibrinnetz mit zahlreichen Einlagerungen von Zell-

detritus, mannigfaltigen Bakterien und ubiquitären Kokken. Die Hornschicht fehlt über diesen Anteilen selbstverständlich völlig. Papillarkörper und Rete sind peripher von diesem oberflächlich nekrotischen Zentrum in Resten erhalten, verschmälert, von Tumorzellen reichlich durchwuchert. An einzelnen Tumorpartien wachsen die Retezapfen breit aus, oft zu klobigen, unregelmäfsigen Formen. Das Rete ist dann stark gewuchert, ödematös, von Tumorzellen durchsetzt. Die Basalzellen sind in diesen Anteilen überall gut erhalten. Die etwa noch vorhandene Hornschicht ist kernhaltig. Im Tumorgewebe selbst kann man noch ziemlich reichlich, doch spärlicher als in den knötchenförmigen Infiltraten, welche der Rückbildung fähig sind, Kernbröckel nachweisen.

Von den Hirnmetastasen gelangte ein ziemlich grofses Stückchen eines noch gut erhaltenen (nicht schon gänzlich erweichten) Knotens nahe der Hirnoberfläche zur Untersuchung. Es fanden sich hier nun ganz dieselben Geschwulstzellen wie in den Hauttumoren in deutlicher Anordnung um die Blutgefäfse (Beweis der Metastasierung auf dem Wege der Blutbahn). Die Dichte der Lagerung ist ungefähr die gleiche wie in den Hautgeschwülsten. Es wäre müfsig, abermals auf die gleichen Zellformen des näheren einzugehen, wie sie sich in den flachen Infiltraten und den zerfallenden Knoten beschrieben vorfinden. Auch hier finden wir wieder Einscheidung der dilatierten, stark gefüllten Blutgefäfse, doch fehlen die dichten Lagen junger Bindegewebszellen. Auch in den Tumoranteilen sind sie nicht nachweisbar. Wir müssen also annehmen, dafs die Wucherung der Bindegewebszellen in der Haut nur ein Reaktionsvorgang ist und dafs das Substrat der die Tumoren konstituierenden Zellen nicht aus Abkömmlingen des Bindegewebes besteht, wie VOLLMER (36) anzunehmen geneigt ist. RIECKE (13) hat diese Vermutung bereits ausgesprochen, sie wird durch unsere Beobachtung evident. Wir haben hier gewissermafsen eine Reinkultur des Tumorgewebes auf einem anderen, für dessen Bestehen resp. Schwinden viel ungünstigeren Nährboden. Es kann, offenbar infolge des mangelnden kollateralen Kreislaufes, nicht zum Abbau des sich involvierenden Tumorgewebes kommen — es finden sich dementsprechend auch äufserst spärliche Kernbröckel, aufserdem makroskopisch keine Residuen von Hirntumoren — dafür mufs es infolge der allmählichen Vergröfserung der Geschwülste zur Kompression oder Thrombose der Gefäfse mit nachfolgender Nekrose einzelner Tumoranteile kommen. Daher die umschriebenen Erweichungsherde mit spärlichen Hämorrhagien. Zwischen den Tumorzellen ist ein „Reticulum“ nicht bemerkbar — ein Beweis für die Richtigkeit der früher betonten Annahme, das Reticulum bestünde

aus nichts anderem als aus auseinandergedrängten, präexistenten Bindegewebsfasern. Zu erwähnen wären noch die ziemlich reichlich auch noch im Tumorgewebe vorhandenen „Fettkörnchenzellen". Die gröfseren Tumoren setzen sich aus einer gröfseren Anzahl von „Zellnestern" zusammen, deren Ursprungsgebiet immer ein oder mehrere benachbarte Blutgefäfse sind. Ebenso annähernd circumskript sind die nekrotischen Herde. Offenbar kommt es noch oft vor der Konfluenz der einzelnen Tumorenherde zur Gefäfskompression oder -Thrombose an der einen oder anderen Stelle, und es tritt Erweichung ein. Die einzelnen kleinen, den gröfseren Tumor konstituierenden Geschwülstchen überschreiten um das Zwei- bis Dreifache die Gröfse von Tuberkeln.

Der mitgeteilte Fall ist nicht nur wegen des klinischen Verlaufes der Dermatose interessant, sondern auch infolge der Metastasenbildung im Grofshirn bemerkenswert. Eine Durchsicht der einschlägigen Literatur zeigt, dafs er geradezu in dieser Beziehung als Unicum anzusehen ist. Metastasen in inneren Organen sind bei Mykosis fungoides an und für sich schon Seltenheiten. JARISCH (1) bemerkt in seinem Lehrbuch der Hautkrankheiten: „Die Sektion der an Mykosis fungoides Verstorbenen ergibt in der Regel in den inneren Organen keine anderen Veränderungen als solche, welche auf dem Marasmus oder die Komplikationen zurückzuführen wären. In einzelnen Fällen (KAPOSI, PALTAUF, HALLOPEAU, JEANSELME u. a.) fanden sich in den Lungen, im grofsen und kleinen Netz, an der Serosa des Magens, in der Leber, den Nieren, im Hoden, im Knochenmark Infiltrationen in Form mehr oder weniger scharf umschriebener, miliarer bis taubeneigrofser Tumoren von analogem histologischen Bau wie die der Haut."

PALTAUF (2) berichtet über drei Obduktionsbefunde (zwei bei Mykosis fungoides und einen bei Pseudoleukämie).

I. Fall (bereits von KAPOSI in der *Wien. med. Wochenschr.*, 1888, Nr. 19, publiziert). Bei einem 38jährigen Hausierer trat nach 13jährigem Bestand einer typischen Mykosis fungoides der Tod ein. Die Sektion ergab, dafs die Lungen, Pleuren, das Peritoneum, grofses und kleines Netz und die Leber von kleineren, letztere selbst von miliaren weifsen Knoten durchsetzt war; in den Nieren fanden sich mehrere haselnufs- bis taubeneigrofse, rundliche, zum Teil scharf begrenzte, medullarweifse, speckige Knoten, im Kopf des Pankreas ein wallnufsgrofses, im Schweif ein erbsengrofses knotiges Infiltrat. In dem enorm ausgedehnten Magen neben halberbsengrofsen, knötchenförmigen Infiltraten mehrere stecknadelkopfgrofse rundliche Substanzverluste der Schleimhaut mit wallartigen Rändern, die von gleichen medullären Massen infiltriert war. Der Grund der Substanzverluste war in gleicher Weise infiltriert. Das Mark des rechten Oberschenkels war von weifsen Knötchen, besonders im oberen Teil der Diaphyse, durchsetzt.

Der zweite Fall betraf einen 73jährigen Mann. Die Obduktion ergab: Hypertrophia prostatae cum hypertrophia et catarrho vesicae urinariae, subsequente pyelitide et pyelonephritide purulenta. Zwei Querfinger oberhalb des Anus fand sich an

der vorderen linken Wand des Rectums eine 5 cm lange, 4 cm breite Stelle, welche grauweißliche Farbe und Infiltration zeigte. Das weiche Infiltrat der Randpartien war etwa 2 cm dick, so daß sich diese Anteile pilzartig vorwölbten, während die zentralen Partien eingesunken waren. Die Oberfläche war warzig-höckerig. Alle Anteile der Geschwulst fühlten sich weich an, besonders die Ränder, welche fast schlotterten.

Histologisch erwies sich die Wucherung im Rectum als eine von den Drüsen ausgehende Neubildung; die Epithelien der weiten alveolären Räume waren hoch und schmal, sehr reichlich; das Stützgewebe und der Grund zeigte kleinzellige Infiltration. Die Neubildung war auf die Schleimhaut beschränkt.

Im dritten Fall handelte es sich wahrscheinlich um Pseudoleukämie. Die Hoden waren fast um die Hälfte größer, etwas praller, von einer grauen Aftermasse infiltriert. Das Knochenmark des rechten Oberschenkels war in seiner oberen Hälfte rot, in seiner unteren Hälfte in eine weiche, hirnmarkähnlich vorquellende Masse umgewandelt. Die Infiltration erwies sich als aus Rundzellen bestehend und hatte mit der bei Pseudoleukämie vorkommenden große Ähnlichkeit. Auch die Lymphdrüsen zeigten eine analoge Hyperplasie. In der Leber fand sich das interstitielle Gewebe sehr zellreich und beträchtlich verbreitert.

PALTAUF meint zusammenfassend: „Der Befund der inneren Organe mit Tumorenentwicklung ergab durchwegs eine der Cutis ganz analoge Infiltration, die, wie KAPOSI bereits hervorhebt, besonders an der Niere sehr deutlich ist, wo die Harnkanälchen im Infiltrat noch deutlich erkennbar sind. Ich besitze auch von jenem Falle noch ein mikroskopisches Präparat; das Infiltrat erscheint hier histologisch etwas verschieden von jenen Infiltraten der Leber bei Fall III; während diese, wie schon erwähnt, pseudoleukämischen gleichen, zeigt das der Niere etwas größere Zellen."

HALLOPEAU und JEANSELME (3) fanden bei einem an rapid verlaufender Mykosis fungoides verstorbenen Kranken Metastasen im weichen Gaumen und in der Lunge.

„En arrière de l'amygdale gauche, sur le pilier postérieur et la partie adjacente du voile du palais, existe un nodule hémisphérique du volume d'une noisette, de couleur gris pâle. Entre ce nodule et l'amygdale est situé un second nodule, du volume d'un noyau de cerise, preque pédiculé et d'un rouge vif. En arrière du Vlingual, le dos de la langue est surmonté d'une infiltration diffuse, vaguement mamelonnée, épaisse d'un demi-centimètre."

Histologisch erwiesen sich diese Tumoren als (analog den Hautgeschwülsten) aus lymphoidem Gewebe bestehend.

„Le derme muqueux qui recouvre la base de la langue, en arrière du Vlingual, offre une épaisseur d'un demi-centimètre; c'est une couche uniforme de tissu lymphoïde dans lequel il est impossible de distinguer aucun vestige de la structure normale. Les follicules lymphatiques ne peuvent plus être reconnus au milieu du tissu lymphoïde qui s'est substitué au derme. L'épithélium intact repose directement sur le tissu néoformé.

Les deux tumeurs situées sur le voile du palais, au voisinage de l'amygdale, sont entièrement constituées par du tissu lymphoïde de lequel on n'observe aucune travée fibreuse. Une mince bande de tissu dermique, infiltré de petites cellules disposées en traînées le long des vaisseaux, sépare le tissu lymphoïde de l'épithélium qui est intact."

Riehl (4) beschrieb einen Fall, bei dem eine Mykosis fungoides d'emblée mit Morbus Addisoni kombiniert war. Es fanden sich Metastasen in Lunge und Nebenniere.

Die Lungen waren stellenweise angewachsen, gedunsen, mäfsig blutreich, stark ödematös. In beiden Lungen fanden sich unregelmäfsig zerstreut zahlreiche Knoten, welche rundlich, scharf begrenzt, mäfsig hart, auf der Schnittfläche blafs, graurötlich bis ziemlich dunkelrot waren. Die Milz war auf das Drei- bis Vierfache vergröfsert, blutreich, weich. Die mesenterialen Lymphdrüsen waren zu einem umfänglichen, 5—6 cm im Durchschnitt messenden, das ganze Mesenterium einnehmenden Paquet geschwollen. Die retroperitonealen Lymphdrüsen waren gleichfalls vergröfsert. In der rechten Nebenniere fand sich ein sehr weicher, die ganze Dicke des Organes durchsetzender grauer Knoten. In der Rinde der linken Nebenniere safs ein gleichbeschaffenes, hirsekorngrofses Knötchen. Die Inguinaldrüsen rechterseits vergröfsert und härter.

Die histologische Untersuchung der Knoten in Lunge und Nebenniere ergab mit den cutanen Knoten identischen Bau.

Crull (5) berichtet über die Obduktion eines Falles von Granuloma fungoides, der einen 35jährigen Arbeiter betraf, welcher nach dreijähriger Krankheitsdauer starb.

Es fand sich am Zungengrund ein markstückgrofses Geschwür mit stark aufgeworfenem Rand und derbem Boden; ähnliche kleinere Geschwüre am weichen Gaumen und eine harte, diffuse Verdickung unter der intakten Schleimhaut des Kehlkopfeinganges. Im Unterlappen der linken Lunge subpleural ein kirschgrofser weicher Knoten. In der linken Niere ein ähnlicher, jedoch von etwas festerer Konsistenz, unter der fibrösen Kapsel gelegen. An der Glans penis ähnliche Geschwüre wie am weichen Gaumen. Kein Amyloid, keine nennenswerte Lymphdrüsen- und Milzschwellung.

Im Lungenknoten finden sich in zahlreichen Alveolen Zellen von gleichem Aussehen wie in den Hautherden, aller Wahrscheinlichkeit nach eine Metastase, die jedoch die Struktur des Lungengewebes verhältnismäfsig wenig alteriert hat. In dem Knoten der Niere sind die Nierenbestandteile durch dieselben Zellelemente auseinandergedrängt. Diese durchsetzen auch die Harnkanälchen und kommen in ihr Inneres zu liegen. Hier handelt es sich zweifellos um eine Metastase.

Kurz erwähnt seien an dieser Stelle noch die Beobachtungen von H. W. Blanc (6), welcher bei einem 34jährigen Schneider mit reichlicher Tumorenbildung an der Haut einen Knoten im Rectum fand, dessen metastatische Natur jedoch fraglich erscheint, die von Deboves (7), der einen Tumor an den Tonsillen bei Mykosis fungoides beschrieb und Dühring s (8) Fall, der eine 58jährige Frau betrifft, welche alle drei Stadien der Erkrankung zeigte und mehrere Jahre später an Marasmus starb. Die Obduktion ergab einen Tumor der Harnblase, der makroskopisch und histologisch den Hautgeschwülsten analog war. Als Metastase ist vielleicht auch die Schwellung sämtlicher Lymphdrüsen aufzufassen, wie sie von Gillot (9) 1869 beschrieben wurde.

Dieselbe fand sich bei einem typischen Fall von Mykosis fungoides, der eine 42jährige Frau betraf. Die Achsel- und Inguinaldrüsen waren bis hühnereigrofs, die

Beckendrüsen nufsgrofs. Auch die mesenterialen Lymphdrüsen waren geschwollen, dunkelrot, weich. Ranvier, der den Fall histologisch untersuchte, fand die Struktur der Lymphdrüsen „wie bei der Adénie".

Auf dem II. Dermatologischen Kongrefs berichtete Köbner (10) über einen Fall von Pseudoleukämie, bei dessen Sektion sich eine grofse Menge von Tumoren in beiden Lungen und in der Pleura fanden.

J. N. Hutchinson (11) beschrieb 1875 gleichfalls einen Fall von Pseudoleukämie mit Metastasenbildung, und zwar im Gehirn.

Bei einem 19jährigen Mann begann die Erkrankung ein Jahr vor dem Tode mit Schwellung der cervikalen Lymphdrüsen. Sieben Monate später Paraplegie, Sphinkterenlähmung. Gleichzeitig entstanden zahlreiche kleine Knoten im Unterhautzellgewebe. Nach weiteren fünf Monaten Exitus letalis. Die Autopsie ergab bedeutende Schwellung aller Lymphdrüsen, Knoten in der Gehirnrinde, in den Lungen, am Peritoneum, den Körpern des 6.—8. Brustwirbels, 139 erbsen- bis wallnufsgrofse Knoten in der Haut und im Unterhautzellgewebe. Leber und Milz normal. Mikroskopisch zeigten alle Knoten adenoide Struktur.

Kreibich (12) beobachtete das Übergreifen einer Mykosis fungoides, welche auch im Gesicht lokalisiert war, auf das Gehirn.

„... typische Erkrankung bei einer alten Frau; an der linken Kopfhälfte bildete sich eine talergrofse nässende Stelle, die Haare fielen aus, die Epidermis wurde abgehoben. Unter fortwährendem Nässen erhob sich dieser jetzt kindshandtellergrofse Herd in Form einer ursprünglich roten, später mehr gelblichweifsen Geschwulst und nahm innerhalb Wochen Faustgröfse, später Kindskopfgröfse an. Die Oberfläche war permanent epithellos, nässend, relativ leicht blutend, später erfolgte partielle Massennekrose, lochförmiger Zerfall, Vereiterung und Tod durch Gehirnabscefs nach etwa zwei Monaten."

Riecke (13) fand bei der Obduktion eines 53jährigen Tagelöhners, der an Mykosis fungoides (forme d'emblée) litt, in der Dura, Niere und Nebenniere Knoten. Es sei hier jedoch gleich erwähnt, dafs der Kranke an der hinteren Fläche der Kopfhaut und im Nacken ausgebreitete Infiltrate und Tumorenmassen aufwies. Diese griffen auch auf das Periost über. Das Schädeldach selbst war frei, jedoch an verschiedenen Stellen sehr porös.

In der Dura fanden sich über dem rechten Schläfelappen flächenhaft ausgebreitete Infiltrate und an der unteren Fläche des linken Schläfelappens zwei pilzförmig sich erhebende, etwa kirschkerngrofse circumskripte Tumoren; letztere haben zu einer Depression der entsprechenden Hirnteile geführt.

Tuberkulose der Lungen und Bronchien. Die Schleimhaut des harten und weichen Gaumens sowie der Tonsillen ist in ein mifsfarbiges, graugrün gefärbtes Schorfgewebe umgewandelt.

Die rechte Nebenniere von weifsen, fleckig pigmentierten Tumormassen fast völlig durchsetzt. Am oberen Pol der normal grofsen, glatten linken Niere ein ungefähr kirschgrofser circumskripter Tumor von ziemlich derber Konsistenz und fast reinweifser Farbe, auf der Höhe mit einer narbigen Einziehung versehen. Rechte Niere frei.

Die histologische Untersuchung der pathologisch veränderten Dura mater ergab, dafs die Bindegewebsbündel und das elastische Fasernetz derselben im ganzen

intakt waren. Blut- und Lymphgefäfse waren deutlich erweitert und zeigten häufig eine Infiltration mit Rundzellen in und um die Adventitia. Entsprechend den der Dura aufsitzenden circumskripten Tumoren findet sich ein zellreiches Gewebe, dessen Elemente im wesentlichen Lymphocyten und Plasmazellen sind, welche in eine relativ reichlich vorhandene Grundsubstanz eingelagert sind. Die ganze Struktur dieser Tumoren zeigt mit der der primären Hauttumoren völlige Übereinstimmung. Stellenweise sind in dem Tumorgewebe zahlreiche erweiterte Blut- und Lymphgefäfse vorhanden. Auch die Untersuchung der Nierentumoren ergibt ähnlichen Befund. Die Veränderungen in der Nebenniere bieten wenig Charakteristisches. Es findet sich in der bindegewebigen Kapsel und deren Septen eine Einlagerung von runden und unregelmäfsig geformten, teilweise geblähten Zellen vor, welche mehr oder weniger intensiv Farbstoffe aufnehmen.

Anhangsweise sei die Mitteilung Landouzys (14) erwähnt, der im Jahre 1871 in der Société de Biologie einen Tumor von einer Mykosis fungoides eines siebenmonatlichen Knaben demonstrierte.

Der Tumor war ungestielt, abgerundet, 4 cm vorstehend, 15 cm breit, dunkelblau, von elastischer Konsistenz. Dieser Tumor, der genau auf die Haut beschränkt ist und das Unterhautzellgewebe nicht erreicht, zeigt an der Kuppe eine Weifsfärbung und eine analoge Succulenz wie Carcinome oder lymphatische Ganglien.

Das Präparat stammte von einem siebenmonatlichen Knaben, der bereits vor einiger Zeit sechs kleine analoge Tumoren aufwies. Das Kind war gesund und stark von lymphatischem Aussehen; es zeigte niemals andere Haut- oder tuberkulöse Erscheinung, die Familie des Kindes ebensowenig.

M. Bazin stellte die Diagnose Mykosis fungoides. Bald darauf starb das Kind unter Konvulsionen.

Die Autopsie (Ranvier) ergab:

Im Niveau der Fossa Sylvii, besonders der linken Seite, ein Exsudat, graugelblich mit einigen sehr feinen Granulationen „et d'un blanc mat".

Bronchopneumonie im rechten Unterlappen.

An der Oberfläche der rechten Lunge ein weifser Knoten von harter Konsistenz, von sehr feinen Granulationen umgeben. Bronchialganglien vergröfsert, weifs und hart. Peyersche Plaques vorspringend, die solitären Follikel des Ileums und Dickdarmes stark vergröfsert. Die Mesenterialganglien geschwollen.

Haut- und Visceraltumoren sollten im Collége de France unter Ranviers Leitung einer histologischen Untersuchung unterzogen werden. Dieselbe wurde jedoch später nicht mitgeteilt.

Diese Übersicht über bei Mykosis fungoides beobachtete Metastasen ergibt, dafs solche noch am häufigsten in Lungen, Nieren und Nebennieren gefunden wurden. Seltener in der Pleura, im Peritoneum, Netz, Magen, Pankreas, Knochenmark, in Leber und Harnblase. Auch im Darm sind Metastasen sehr selten beobachtet — je ein Fall von Paltauf und Blanc. Letzterer ist jedoch als fraglich zu bezeichnen. Ob die Lymphdrüsentumoren, welche Gillot bei Mykosis fungoides beschrieben und histologisch untersucht hat, als Metastasen aufzufassen sind, scheint immerhin zweifelhaft — da ja in manchen Fällen Schwellung der lymphatischen Ganglien als zum Krankheitsbild gehörig beschrieben worden sind. Aufserdem könnte die Dermatose mit Leukämie

kompliziert gewesen sein, ein Vorkommnis, das in letzter Zeit auch PELAGATTI (16) zu einem, wie mir scheinen will, nicht berechtigten Schluſs verleitet hat (siehe unten). Die Knoten in der Zunge und im Gaumen, welche HALLOPEAU beobachtete, dürfen wohl ebensowenig wie der Tonsillartumor, den DEBOVES beschrieb, als echte Metastasen aufgefaſst werden, sondern höchst wahrscheinlich als durch regionäre Wanderung (auf dem Wege der Lymphbahnen) zustande gekommene Bildungen. In gleicher Weise erklären sich die beiden einzigen Erkrankungen, welche bei Mykosis fungoides im Gehirn beobachtet worden sind. Es sind dies die Fälle KREIBICHS und RIECKES. Im ersteren hat die Geschwulst vom Kopf durch fortschreitenden Zerfall und Nekrose direkt auf das Gehirn übergegriffen. RIECKE hingegen betont ausdrücklich die Mitbeteiligung des Periostes und den Umstand, daſs die Schädelknochen sehr porös waren. Hier ist also ein regionäres Fortschreiten des Krankheitsprozesses — der Kranke hatte an der äuſseren Haut der betroffenen Kopfpartien reichliche Tumoren — auf dem Wege der Gefäſse und Saftspalten anzunehmen. LANDOUZYS Fall scheint mir in dieser Hinsicht wenig zu verwerten zu sein, weil die histologische Untersuchung die klinische Beobachtung nicht bestätigte und weil der etwas vage gehaltenen Mitteilung die neoplastische Natur der Hirnveränderung nicht mit genügender Sicherheit zu entnehmen ist. Aufserdem finden sich keine genaue Angaben über den Sitz des (demonstrierten) Hauttumors.

Der mitgeteilte Fall erscheint somit als erste zweifellose Beobachtung einer auf dem Wege der Blutbahn zutandegekommenen Metastase. Der Umstand, daſs in der letzten Zeit auch in der Schläfen- und Augenbrauengegend Knoten bei dem Patienten entstanden sind, irritiert die Annahme einer auf dem Wege der Blutbahn entstandenen Metastase durchaus nicht. Denn erstens entstanden diese Knoten viel später als die cerebralen, wie schon aus der Anamnese erhellt — die Hirnsymptome waren schon zu Beginn der Beobachtung vorhanden, wenn sie auch begreiflicherweise mifsdeutet wurden —, und zweitens stand ihre Gröfse in keinem Verhältnis zu dem der Gehirnknoten. Letztere übertrafen die Tumoren im Gesicht um das Drei- bis Vierfache.

Bei Pseudoleukämie mit Hauterscheinungen wurden bisher in den Lungen, der Pleura, im Peritoneum, Hoden, Knochenmark und in den Wirbelkörpern Metastasen gefunden. HUTCHINSON beschrieb, wie oben erwähnt, auch Knoten in der Gehirnrinde, welche Paraplegie und Sphinkterenlähmung verursacht haben. Es ist dies der einzige Fall, der mit dem mitgeteilten eine gewisse Analogie aufweist, wobei jedoch nochmals bemerkt sei, daſs es sich hier nicht um Mykosis fungoides, sondern um Pseudoleukämie handelte.

Der klinische Verlauf unseres Falles hat viel Bemerkenswertes. Auffallend ist schon die anamnestische Angabe des Kranken, daſs das Leiden bereits etwa 30 Jahre bestanden habe, als er die Klinik aufsuchte. Es

wäre der Krankheitsbeginn demzufolge ungefähr im 20. Lebensjahre anzunehmen. Stowers (15) gibt eine Übersicht über die von 1893 bis 1903 beobachteten Fälle von Mykosis fungoides und bezeichnet deren Zahl mit 30. Darunter waren 23 Männer und 7 Frauen; die Affektion war jedoch nur bei 22 Männern und 6 Frauen deutlich ausgesprochen, nicht anzuzweifeln — also in nur 28 Fällen. Das Alter der Patienten betrug 25 bis 72 Jahre. 22 Kranke waren über 30 Jahre alt. Danach wäre der Beginn des Leidens im 20. Lebensjahre immerhin schon auffallend. Nicht minder bemerkenswert ist die lange Dauer der Erkrankung. Ein Fortbestehen durch 30 Jahre — notabene ohne wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, ohne allmählich auftretende Kachexie — dürfte wohl zu den gröfsten Seltenheiten zu zählen sein. Wolters erwähnt in Drasches (38) *Bibliothek der ges. medic. Wissensch.* eine Beobachtung Dubreuilhs, welcher in einem Fall von Mykosis fungoides ein 30 Jahre lang währendes prämykotisches Stadium sah. Allerdings möchte ich dieser Angabe des Kranken (wir hatten nicht Gelegenheit, mit seinen Angehörigen zu sprechen) keinen bindenden Wert zusprechen — wir sind ja in der Dermatologie gewohnt, anamnestischen Daten keine allzugrofse Bedeutung zuzumessen.

Immerhin wäre es wohl denkbar, dafs das Leiden so lange Zeit bestand, weil der Verlauf der Dermatose während unserer $2^1/_2$jährigen Beobachtung als äufserst milder, geradezu benigner bezeichnet werden mufs. Wären nicht im Gehirn Metastasen aufgetreten, die den Exitus letalis herbeiführten, hätte das Krankheitsbild noch jahrelang fortbestehen können. Der Kranke war bis zum Auftreten der stürmischen Hirnerscheinungen durchaus nicht körperlich herabgekommen.

Es hatte dies seinen Grund in der spärlichen Tumorbildung. So reichlich die papulösen Infiltrate über den ganzen Körper zerstreut waren — nur wenige derselben entwickelten sich zu stärker vorspringenden und zerfallenden Knoten. Nur hie und da, an ganz vereinzelten Körperstellen, traten solche auf; in letzter Zeit vielleicht etwas reichlicher als zu Anfang der Beobachtung. Die Tumoren entwickelten sich niemals zu bedeutender Gröfse und elevierten sich immer nur mäfsig — höchstens 1 cm über das Niveau der Umgebung. Dagegen zeichneten sich die papulösen Infiltrate durch grofse Persistenz aus. Dieselben konnten monatelang bestehen, ohne eine wesentliche Metamorphose durchzumachen. Nur ganz allmählich trat zarte Fältelung der Oberfläche und etwas weniger scharfe Abgrenzung von der Umgebung auf — der Beginn der Resorption. War diese vollendet, dann trat an der Stelle der Infiltrate sepiabraune Pigmentierung auf, die dann lange Zeit bestehen blieb. Ein dem papulösen Infiltrationsstadium vorausgehendes ekzematoides, erythematöses oder urticarielles konnten wir während der ganzen Zeit nicht konstatieren.

In einem auffallenden Mifsverhältnis zur Gröfse der Hauttumoren stand die der Knoten im Gehirn. Diese erreichten Apfelgröfse — Dimensionen, die wir an der Haut nicht sehen konnten.

Es dürfte dies wohl darin seinen Grund haben, dafs die Resorption der Tumoren im Gehirn viel schwerer, wahrscheinlich gar nicht zustande kommen kann. Es fanden sich wenigstens keine Anzeichen für geschwundene, resorbierte Knoten, nirgends Residuen von solchen. Trotzdem dürften die Hirnmetastasen schon lange Zeit bestanden haben. Darauf deutet ihre Gröfse und die Beschwerden, über die der Kranke seit seinem Spitalseintritt klagte. Wahrscheinlich rührten die beständigen Kopfschmerzen von den Infiltraten im Gehirn her. Die Schmerzen waren zwar sehr heftig, drückend und beständig — es konnte jedoch im Anfang kein Anhaltspunkt für anatomische Veränderungen gefunden werden. Das langsame Wachstum der Hauttumoren, der ganze schleppende Verlauf der Dermatose legt die Vermutung nahe, dafs auch die Knoten im Gehirn ganz langsam und allmählich sich vergröfserten. Da bei ihnen Resorption nicht eintrat, kam es dann nach erreichter beträchtlicher Gröfse zu stürmischen Erscheinungen und zum letalen Ausgang.

Es sei mir nun gestattet, an dieser Stelle auf die Frage der Beziehungen der Mykosis fungoides zu den Bluterkrankungen speziell leukämischer und pseudoleukämischer Natur näher einzugehen. Die klinische Ähnlichkeit und scheinbare Verwandtschaft gerade der Hautveränderungen und der ähnliche Ablauf der Erkrankungen legten ja schon früher die Vermutung der Zusammengehörigkeit derselben nahe. Diese Vermutung verdichtete sich dann in Pelagattis (16) Studie zu der zwar etwas gewagten, aber sicher verlockenden These, die Mykosis fungoides sei eine cutane Metastase der Leukämie. Pelagatti stützt seine Behauptung auf den Nachweis der leukämischen Blutbeschaffenheit und das Vorkommen analoger Zellformen im Knochenmark und in den Tumoren der Haut. Beruht die Annahme, die Mykosis fungoides sei eine Hautmetastase bei Leukämie, auf Richtigkeit, dann müfsten wir in allen Fällen dieser Hautkrankheit Zeichen von leukämischer Blutbeschaffenheit finden. Es ergab sich daher die Notwendigkeit, auf die Blutveränderungen das Augenmerk zu richten. Bei der grofsen Zahl der publizierten Mykosisfälle fanden sich nun verhältnismäfsig sehr wenige, bei denen eine Blutuntersuchung mitgeteilt wurde. Ich konnte nur 25 verwertbare Beobachtungen finden. Hiervon waren in 14 Fällen die weifsen Blutkörperchen nicht vermehrt. Es sind dies die Fälle von de Amicis (17), Mannino (18), Stuwenkow (19), Besnier und Hallopeau (20), Colcott Fox (21), Du Castel und Leredde (22), Galloway und Macleod (23), Kreibich (24), Riecke (13), Gebele (25) und Lereni (26).

De Amicis beobachtete eine Mykosis fungoides bei einem 66jährigen Manne. Die Krankheit dauerte sieben Jahre, befand sich im Stadium der Tumoren und war von Lymphdrüsenschwellung begleitet. Keine Vermehrung der weifsen Blutkörperchen.

Mannino. 24jähriger Mann. Stadium der flachen Infiltrate. Krankheitsdauer vier Jahre. Keine Vermehrung der Leukocyten.

Stuwenkow. 26jährige Jüdin. Stadium papulöser Infiltrate an Rumpf und Oberschenkeln. Rote Blutkörperchen: 4160000. Ihr Verhältnis zu den weifsen = 693 : 1.

Besnier und Hallopeau berichteten auf dem Wiener Dermatologischen Kongrefs 1892 unter sechs Fällen von Erythrodermie über zwei Erkrankungen an Mykosis fungoides. Bei dem einen, einem 44jährigen Franziskaner, ging dem Tumorenstadium ein erythematöses voraus. Ein anderer Patient zeigte zahlreiche kleine ulcerierte Geschwülste nach vorausgehendem, prämykotischem Stadium. In beiden Fällen war keine Leukämie zu konstatieren.

Colcott Fox. 50jähriger Mann mit universeller prämykotischer Dermatitis. Keine Leukocyten.

Du Castel und Leredde. 68jährige Frau mit Mykosis fungoides nach dem Typus der Pityriasis rubra. Krankheitsdauer fünf bis sechs Jahre. Allgemeine Lymphdrüsenschwellung. Hochgradige Schweifssekretion. Blut: keine Leukocytose (5500 weifse Blutkörperchen im Kubikzentimeter), wohl aber Lymphocytose. (Es erscheint immerhin fraglich, ob es sich in diesem Falle wirklich um Mykosis fungoides gehandelt hat. Er wurde zwar als solcher von den Autoren aufgefafst und wurde deshalb hier angeführt, könnte aber möglicherweise in die noch nicht genügend abgegrenzte Gruppe pseudoleukämischer Erkrankungen gehören, bei denen universelle Erythrodermie vorzukommen scheint.)

Galloway und Macleod fanden bei einer 47jährigen und bei einer 32jährigen, an Mykosis fungoides leidenden Patientin das Verhältnis der weifsen zu den roten Blutkörperchen normal.

Kreibich. 28jährige Frau im zweiten Stadium (flache Infiltrate). Die Affektion bestand seit sechs Jahren. Blutbefund normal.

In den beiden von Riecke mitgeteilten Beobachtungen von Mykosis fungoides d'emblée fand sich gleichfalls keine leukämische Beschaffenheit des Blutes.

I. 49jähriger Mann. Dauer der Erkrankung 15 Monate. Hämoglobingehalt (nach Fleischl) 48%, Erythrocyten 5000000, Leukocyten 16000.

II. 53jähriger Mann. Dauer der Erkrankung 14 Monate. Mehrmalige Blutuntersuchung.

27. X.	Hämoglobin (nach Fleischl)	48%,	rote	3515620,	weifse	7500
13. XI.	„	„	„	35%,	„	4402500,	„	9000
11. XII.	„	„	„	60%,	„	4691666,	„	5000
6. I.	„	„	„	50%,	„	4168750,	„	5468

Im Ausstrichpräparat fanden sich niemals abnorme Blutelemente.

Gebele. 53jähriger Mann. Dauer der Erkrankung acht Jahre. Tumorenstadium. Vergröfserung der axillaren, cubitalen und inguinalen Drüsen. Keine Milzschwellung. Hämoglobingehalt (nach Gowers) 56%. Zahl und Form der weifsen und roten Blutkörperchen normal.

Lereni beschreibt einen Fall von Mykosis fungoides bei einem 16jährigen Mädchen, welches längere Zeit in seiner Beobachtung stand. Im Blut der Patientin wurde der Staphylococcus pyogenes aureus gefunden, dessen Vorkommen aber nur einem Zufall zuzuschreiben war. Weder durch Impfung mit dem Coccus noch durch Inokulation von Tumorenstückchen der Mykosis fungoides konnten bei der Kranken an gesunden Hautstellen Erscheinungen der Mykosis fungoides hervorgerufen werden.

Die übrigen Befunde der Blutuntersuchungen stützen die Annahme des leukämischen Charakters der Mykosis fungoides nicht. Keine Lymphdrüsenschwellung, keine Milsvergrößerung.

In den übrigen elf Fällen von FABRE (27), BLANC (6), VAN HOORN (28), LUKASIEWICS (29), CRULL (5), MAX JOSEPH (30), GASTON und SABAREANU (31), O. SACHS (32), RIEHL (33), KRASNOGLASOW (34) und PELAGATTI (16) findet sich zwar die Zahl der Leukocyten als mehr oder weniger vermehrt angegeben, doch ist eine sichere Leukämie nur im Fall PELAGATTIS vorhanden gewesen. Allerdings mufs hier hervorgehoben werden, dafs über feinere Blutuntersuchungen (speziell im Ausstrich) nur selten Berichte vorliegen. Meistens begnügten sich die Autoren mit der Angabe der Zahl der weifsen Blutkörperchen resp. ihrem Verhältnis zur Zahl der roten.

FABRE fand im Beginn der letzten, kachektischen Periode der Erkrankung eines 54jährigen Kohlenarbeiters eine namhafte Vermehrung der weifsen Blutkörperchen (1 : 125—150). Die Zahl der roten betrug 3400000. Der Tod erfolgte nach zehnjähriger Krankheitsdauer.

BLANC bemerkte in dem bereits erwähnten Fall (Metastase im Rektum?) eine deutliche Vermehrung der Leukocyten.

VAN HOORN fand bei einem zehnjährigen Mädchen mit Mykosis fungoides d'emblée leichte Milzschwellung und Vermehrung der Leukocyten.

LUKASIEWICS beobachtete die Erkrankung bei einem 46jährigen Tagelöhner. Sie begann vor sechs Jahren. Zur Zeit der Beobachtung fanden sich bei dem Patienten Knötchen am Kopf und Stamm (Stadium infiltrationis). Das dem Ohrläppchen entnommene Blut hatte einen Hämoglobingehalt von 60% (FLEISCHL). Die Untersuchung (nach EHRLICH) ergab:

1. Rote Blutkörperchen: Auffallend viele schattenförmige, die fast gar keinen Farbstoff angenommen hatten. Verschiedenheit in der Gröfse, und zwar viele Zwergblutkörperchen. Diese sind teils wohlgeformt, teils sehen sie nur Bruchstücken roter Blutkörperchen ähnlich. Geringgradige Poikilocytose.

2. Weifse Blutkörperchen: Mäfsige Leukocytose, bedingt durch die Vermehrung der polynukleären Leukocyten. Sehr wenig Übergangsformen, sehr wenig mononukleäre Leukocyten, dagegen sind die eosinophilen Zellen gegenüber dem gewöhnlichen Blutbefunde etwas vermehrt; diese letzteren sind ausschliefslich polynukleär. Es fand sich demnach eine sekundäre Anämie mäfsigen Grades vor.

CRULL fand in dem anläfslich der Metastasenbildung oben bereits mitgeteilten Fall einen Hämoglobingehalt von 70%, 1059600 rote und 39285 weifse Blutkörperchen (also 1 : 27), keine Lymphdrüsen-, keine Milzschwellung.

MAX JOSEPH. 68jähriger Bauer. Krankheitsdauer drei Jahre. Es fanden sich Knoten an der Haut des ganzen Körpers. „Die mehrfach ausgeführte Blutuntersuchung ergab, abgesehen von einigen unbedeutenden, wohl durch den Marasmus bedingten Schwankungen (geringe Leukocytose), nichts, was von der Norm abwich."

GASTON und SABAREANU fanden bei einer im Tumorenstadium befindlichen fiebernden Frau eine Verminderung der roten Blutkörperchen (3940000) und Vermehrung der weifsen (24880), insbesondere der polynukleären 46% und eosinophilen 11%.

O. SACHS berichtete über eine beträchtliche Vermehrung der eosinophilen Zellen bei einer 67jährigen Frau mit Mykosis fungoides. Seit acht Jahren bestand heftiges Jucken. Am ganzen Körper zerstreut drei Arten von Hautveränderungen: chronisch infiltrierte, schuppende, ekzemartige Herde, derbe Knoten und kraterförmige Geschwüre.

Riehl fand vor der Röntgenbehandlung eines im Tumorenstadium befindlichen 48jährigen Patienten einen Hämoglobingehalt von 55%, 3250000 rote und 22500 weifse Blutkörperchen, nach der Behandlung, welche die Tumoren zum Schwinden brachte, einen Hämoglobingehalt von 80%, 4336000 rote und 8100 weifse Blutkörperchen.

Krasnoglasow sah bei einem 78jährigen Mann innerhalb 3½ Jahren alle drei Stadien der Erkrankung. Die Erythrocyten zeigten einen mäfsigen Grad von Oligochromaemie, hinsichtlich der Form und Gröfse keine Abweichungen von der Norm. Zahl: 4120000. Es fand sich eine neutrophile Leukocytose. Qualitativ waren die Leukocyten normal, ihre Zahl betrug 11500. Hämoglobingehalt 60%.

Pelagatti (16) beobachtete bei einem 53jährigen Mann mit Mykosis fungoides d'emblée (Krankheitsdauer zwei Jahre) eine stetige progressive Abnahme der roten und Zunahme der weifsen Blutkörperchen.

	I. Untersuchung:	II. Untersuchung (kurz ante exitum):
Hämoglobin	85%	44%
Rote Blutkörperchen	4500000	1140000
Weifse „	23000	82000
und zwar:		
Lymphocyten	1840	3280
grofse mononukleäre	1150	4920
Übergangsleukocyten	1610	7380
eosinophile polynukleäre	460	820
„ basophile	230	2460
neutrophile polynukleäre	17710	63140

Aus dieser Übersicht geht hervor, dafs sich in den meisten Fällen am häufigsten im kachektischen Stadium eine geringer- oder höhergradige Leukocytose vorfand. Vermehrung der eosinophilen Leukocyten findet sich in den Beobachtungen von Gaston, Sabareuau und Sachs, anämischer Blutbefund bei Lukasiewics, fragliche Leukämie bei Crull, ausgesprochene bei Pelagatti. Hält man nun diesen Beobachtungen jene 14 oben angeführten mit negativem Blutbefund bezüglich leukämischer Veränderungen gegenüber, so ergibt sich wohl von selbst der Schlufs, dafs zum Bilde der Mykosis fungoides ein leukämischer Blutbefund nicht gehört.

Wir finden dementsprechend auch in der Monographie von Wolters (35), die auf acht Fällen basiert, die Bemerkung, dafs er mehrmals eine oft beträchtliche Zunahme der Leukocyten, oft aber auch Anämie ohne leukocytären Befund konstatierte. Er betrachtet die Mykosis fungoides als eine chronische Allgemeinkrankheit, eventuell entzündlich-infektiöser (?) Natur, analog der Lues und der Tuberkulose, verwandt mit Mykosis fungoides d'emblée und mit Lymphodermia perniciosa, die sich früher oder später mit Leukämie oder Pseudoleukämie komplizieren kann. Ebenso erklärt Paltauf (2) die Mykosis fungoides für eine Erkrankung des Gesamtorganismus, hervorgerufen durch eine Reihe von Vegetationsstörungen, wie Leukämie, Rachitis, Akromegalie. Dieselben bedingen eine

abnorme Proliferation der Zellen, wodurch ein sarkomähnliches, aber noch rückbildungsfähiges Gewebe erzeugt wird.

Es dürfte sich in PELAGATTIS Fall wohl um eine derartige Kombination von Mykosis fungoides mit Leukämie gehandelt haben, wie eine solche auch von PALTAUF gesehen wurde. Auch hier fand sich neben den für Mykosis charakteristischen Hautveränderungen eine Leukocytenvermehrung im Blut, Lymphdrüsen-, Leber- und Milzschwellung.

Wenn PELAGATTI das Ergebnis der histologischen Untersuchung von Hauttumoren und Knochenmark als Beweis für die Identität der Bildungen heranzieht, so übersieht er wohl die Schwierigkeiten bei der Differenzierung der Zellen lymphatischer Gewebe, welche ja schon seit jeher die Stellung der Mykosis fungoides innerhalb der lymphatischen und sarkomähnlichen Erkrankungen schwanken machten. Bedenkt man nun noch, dafs in seinem Falle zweifellos eine Leukämie bestand, die sich gegen das Lebensende des Kranken immer deutlicher markierte, so begreift man die leicht irreführenden Befunde. Zweifellos hat PELAGATTI im Tumorgewebe gleichzeitig einen leukämischen Befund — warum sollten sich leukämische Blutelemente in den so reichlich vaskularisierten Tumoren nicht vorfinden?

Wir kommen durch unsere Beobachtung zu folgenden Schlüssen:

1. Der vorliegende Fall dürfte der bisher einzig publizierte sein, in dem sich nachweisbar auf hämatogenem Weg entstandene Metastasen im Hirn vorfanden.

2. Die histologische Untersuchung der Hirntumoren beweist, dafs die Zellen der Mykosistumoren nicht bindegewebiger Herkunft sind.

3. Nach dem momentanen Stande unserer Kenntnisse haben wir keinen Grund, die Erscheinungen der Mykosis fungoides als cutane Metastasen einer Leukämie anzusehen — es ist nicht einmal ein deutlicher Zusammenhang mit dieser Krankheit anzunehmen.

Literaturverzeichnis.

1. JARISCH, Hautkrankheiten (NOTHNAGEL) 1900.
2. PALTAUF, Über lymphatische Neubildungen der Haut. II. Internationaler Dermatologenkongrefs. Wien 1892.
3. HALLOPEAU und JEANSELME, *Annales.* 1893.
4. RIEHL, *Wien. klin. Wochenschr.* 1895. Nr. 5.
5. CRULL, *Münch. med. Wochenschr.* 1897. Nr. 23.
6. H. W. BLANC, *Journ. of cut and genito-urin. dis.* 1888.
7. DEBOVES, *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* 1872.
8. DÜHRING, *Arch. of dermatol.* 1880. Cit. nach NAETHER: Granuloma sarcomatodes cutaneum. *Arch. f. klin. Med.* 1883. XXXIII.

9. Gillot, Étude sur une affection de la peau décrite sous le nom de mycosis fongoide. *Thèse de Paris.* 1869.
10. Köbner, II. Dermatologischer Kongrefs. Wien 1892.
11. J. N. Hutchinson, *Philad. Med. Reporter.* 1875.
12. Kreibich, *Lehrbuch d. Hautkrankheiten.*
13. Riecke, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1903. Bd. 67.
14. Landouzy, Lymphadénome cutané; Mycosis fongoide. *Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1871.
15. Stowers, *Brit. Journ. of Dermat.* 1903. Nr. 2.
16. Pelagatti, *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1904. Bd. 39.
17. De Amicis, Contribuz. clin. ed anatom. pat. allo studio de dermolinfo-adenoma fungoide. Napoli 1882. Cit. *Annales* III.
18. Mannino, *Giorn. ital. di malad. ven.* Milano 1882.
19. Stuwenkow, Ref. *Monath. f. prakt. Dermat.* 1889. VIII.
20. Besnier und Hallopeau, II. Dermatologischer Kongrefs. Wien 1892.
21. Colcott Fox, *Brit. med. Journ.* 1894.
22. Du Castel und Leredde, *Soc. de Dermat. et Syphil.* 10. III. 1898.
23. Galloway und Macleod, *The Brit. Journ. of Derm.* Mai 1900.
24. Kreibich, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 47.
25. Gebele, *Beitr. z. clin. Chir.* 1903. XXXVIII.
26. Lereni, *Dermat. Zeitschr.* Januar 1904.
27. Fabre, *Compt. rend.* 1884. XXXVIII. und *Gaz méd. de Paris.* 1884.
28. van Hoorn, II. Dermatologischer Kongrefs. Wien 1892.
29. Lukasiewics, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 37.
30. M. Joseph, *Arch. f. Derm. u. Syph. Festschrift Kaposi.* 1900.
31. Gaston und Sabareanu, *Soc. de Derm.* 23. IV. 1900.
32. O. Sachs, Breslauer dermat. Vereinigung. Sitzung vom 26. X. 1901.
33. Riehl, Demonstr. in der k. k. Ges. der Ärzte Wien. *Wien. klin. Wochenschr.* 1903.
34. Krasnoglasow, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1904. Bd. 72.
35. Wolters, *Biblioth. med.* 1899.
36. Vollmer, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 58.
37. Unna, *Histopathologie.*
38. Drasche, *Bibliothek d. ges. medis. Wissenschaft.* Band: Venerische und Hautkrankheiten. 1900.

Fachzeitschriften.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1905. Heft 8—9.

Untersuchung eines Falles von Naevus linearis verrucosus unilateralis (Naevus nervosus oder N. systematisatus), von Menahem Hodara. Ist in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* bereits in Übersetzung erschienen.

Die Verbreitungswege der Syphiliskeime im Organismus, von H. Hallopeau. H. anerkennt die Spirochaeta pallida bereits als den lang gesuchten Erreger der Syphilis und behauptet, dafs alle Syphilome durch örtliche Proliferation dieses Erregers zustande kommen. Überall wo die Spirochaete sich ansiedelt, vermehrt sie sich alsbald

und bildet ihre Toxine, durch die die örtlichen Reaktionen zustande kommen. Jeder Spirochaetenherd bleibt entweder beschränkt und dehnt sich nur ganz langsam in Breite und Tiefe aus, oder einzelne Keime dringen von ihm aus durch die Gewebespalten oder die Lymphwege in gröfsere Fernen ein, um immer neue Ansiedelungen zu gründen.

Für diese Obersätze werden viele Tatsachen aus dem klinischen Verlauf der Syphilis als Beweis herangezogen. Um das primäre Geschwür bilden sich bald kleinere harte Schanker, bald Papeln; in diesem, zweitgenannten Falle haben die Syphiliskeime eine Abänderung erfahren, so dafs das umgebende Gewebe auf ihre Toxine nicht mehr mit Schankern, sondern mit Papeln antwortet. In dieser Reaktion erblickt H. eine Abschwächung des Syphilisgiftes; so erkläre es sich auch, dafs bei einem Syphilitiker, den man mit schankrösen Elementen impft, keine Schanker, sondern nur noch Syphilide zustande kommen.

In der Nähe des primären Ulcus entwickeln sich oft wahre Riesensyphilide. H. hat zuerst auf diese Tatsache hingewiesen und belegt sie an dieser Stelle durch zehn Beobachtungen; auch in ihr erblickt er einen Beleg für seine Leitsätze. Unter dem direkten Einfluſs des Ulcus durum — seinen Sitz auf dem Penis vorausgesetzt — können, nach H.s Erfahrungen, Syphilide überall an den Genitalien, in der Regio hypogastrica, den Leistengegenden, den inneren oberen Schenkelflächen, dem Anus zustande kommen. Sie unterscheiden sich von den übrigen sekundären Erscheinungen auch noch durch andere Eigenschaften als ihre Gröfse und treten häufig einige Tage vor ihnen auf. Dies Verhalten erklärt sich daraus, dafs mit stärkerem Gift behaftete Keime unmittelbar von dem primären Schanker sich loslösen und in Lymphbahnen oder Gewebespalten fortkriechend in der Nachbarschaft sich niederlassen.

Nach Anführung noch weiterer Tatsachen kommt H. zu dem Schluſs, dafs diese örtliche Proliferation der Syphiliskeime in allen Stadien der Krankheit die wichtigste Rolle spielt. Es ist verständlich, dafs er aus diesen Ansichten heraus eine sofortige Entfernung des Primärgeschwürs und eine energische, örtliche Behandlung der Syphilide und Syphilome warm empfiehlt. Zum Schluſs verlangt er eine vergleichende Untersuchung der Spirochaeten aus einem sekundären Syphilid, einem tertiären Gumma und aus dem syphilitischen erkrankten Gehirn- und Rückenmarksgewebe, denn jedesmal mufs der Mikrobe, da er andere Symptome zeitigt, selber Veränderungen durchgemacht haben.

Dieses Heft bringt wieder einen **Bericht aus der Mittwochspoliklinik des Hôpital Saint-Louis**, leitender Arzt Prof. Gaucher. Es wird über eine groſse Menge interessanter Einzelfälle berichtet.

Von den kleineren Mitteilungen des Heftes 9 (Variétés) erscheinen zwei Fälle erwähnenswert. In dem einen Falle handelte es sich um **Übertragung der Syphilis mittels einer Zahnbürste.** Der andere Fall betraf eine 39jährige **nicht hysterische Frau, die jedesmal beim Kauen in der Regio infra-orbitalis und sterno-mastoidea dextra stark schwitzt.** Auch bei einem Offizier wurde dieses Schwitzen beim Essen in der rechten Parotisgegend beobachtet; hier war vor einigen Jahren eine starke Kontusion der betreffenden Gegend voraufgegangen.

Türkheim-Hamburg.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

1905. Nr. 4.

1. **Akute eitrige interstitielle Nephritis**, von Maximilian Goltman-Memphis. Der Verfasser erklärt den Ausdruck Pyelitis für unangebracht. Was so genannt werde, sei gewöhnlich klinisch, anatomisch und pathologisch nichts anderes als eine

eitrige interstitielle Nierenentzündung, die entweder akut oder chronisch verlaufen kann. Im übrigen hat die Krankheit, abgesehen von traumatischen Ursachen, stets die Folge von Störungen im Urogenitaltrakt, von Infektionen oder eitrigen Prozessen dieses Gebietes. Klinisch unterscheidet Goltman drei Varietäten: a) den intermittierenden Typus, welcher Malariafieber vortäuschen kann, b) den remittierenden Typus, bei welchem Verdacht auf septische Prozesse, Endocarditis, Tuberkulose aufzukommen vermag, c) den typhoiden Typus, welcher Typhus vortäuscht oder begleiten kann. Es folgen einige Krankengeschichten zur Erläuterung der drei Abarten, Urotropin ist das Heilmittel par excellence für alle diese Fälle, zusammen mit grofsen Mengen heifsen Wassers gegeben.

2. **Einige praktische Gesichtspunkte bei Cystoskopie und Ureterenkatheterismus**, von Walter C. Klotz - New York. Der Artikel beginnt mit einer allgemeinen Betrachtung über das nötige Instrumentarium. Die Cystoskope zerfallen in solche mit direkter und indirekter Belichtung. Zu ersteren gehört der Kellysche Tubus und seine Abarten, welche Luft zur Distension der Blase verwenden; auch gehört dazu eine Reihe von Cystoskopen, bei denen Flüssigkeiten zur Auftreibung der Harnblase verwendet werden, wie die Blasenspiegel von Brenner, Tilden Brown, Cabot, Kolischer und Schmidt. Die Konstruktion dieser Instrumente ist relativ einfach, ihr Gewicht ist gering, ihr Preis verhältnismäfsig nicht hoch. Der Umstand, dafs sie meist von amerikanischen Instrumentenmachern gefertigt werden, erleichtert den Gebrauch für amerikanische Kollegen bezüglich Einkauf und Reparaturen. Es folgt eine Besprechung des Prinzips der Blasenspiegel mit indirekter Belichtung und der vielen Vorteile, welche der Gebrauch dieser Art Instrumente für die Diagnose bietet. Verfasser wendet sich dann zur Vorbereitung des Kranken. Es ist gut, einige Tage vor der Blasenspiegelung Harnröhre und Harnblase zu untersuchen und vorzubereiten. Das gilt vor allem bei Blutungen. Letztere stehen meistens, wenn der Kranke einige Tage im Bett liegt. Auch bei schwerer eitriger Cystitis empfiehlt Klotz, einige Tage vor der Blasenspiegelung Blasenspülungen neben der Darreichung interner Harnantiseptika vorzunehmen. Bestehen Symptome akuter Blasen- oder Harnröhrenreizung, so warte man ebenfalls mit der Cystoskopie. Ist der Kranke sehr sensitiv, so lasse man der Spiegelung die Einführung stärkerer Sonden vorhergehen und instilliere Lapislösungen, um so die Toleranz der Urethra und Blase gegenüber dem Cystoskop zu erhöhen. Strikturen sind natürlich vor der Cystoskopierung zu erweitern, und zwar bis auf eine Sondenstärke, die jene des anzuwendenden Blasenspiegels um etwa zwei Nummern überragt. Ist der Meatus urethrae sehr eng, so nehme man die blutige Erweiterung desselben früher vor. Sonst nimmt das Cystoskop leicht Blut bei der Einführung mit, wodurch sich der Blaseninhalt trübt. Gegen Prostatakongestionen verordne man vor dem Spiegeln der Blase heifse Sitzbäder, Irrigationen, Massage, Ichthyolsuppositorien oder tiefe Instillationen. Einige Autoren, wie Parker Syms, halten bestehende Prostatahypertrophie für eine Kontraindikation der Cystoskopie. Andere wiederum legen ihr im Gegenteil den gröfsten diagnostischen Wert bei. Klotz glaubt jedoch, dafs nur eine bestehende stärkere Kongestion unangenehme Folgen, wie Blutungen und starken Tenesmus, im Gefolge haben kann. Auf der anderen Seite betont er, dafs manche Fälle von Kongestionen der Prostata ohne Hypertrophie durch die Cystoskopie direkt günstig beeinflufst werden.

3. **Die Beziehungen von Harnröhrenerkrankungen zu sexuellen Neurosen**, von J. Bentley Squier-New York. Verfasser bietet eine Kasuistik von sieben Fällen, aus denen er den Schlufs zieht, dafs viele Fälle von sexueller Neurasthenie auf tatsächlich ungeheilten Harnröhrenprozessen beruhen. In dem einen Falle ist es eine chronische Entzündung der Samenbläschen, in anderen eine Prostatitis chronica, eine

Urethritis granulosa oder eine Verengerung der Harnröhre, welche die Ursache der Beschwerden des sexuellen Nerventraktes sind. Man beschränke sich darum bei sexueller Neurasthenie unter keinen Umständen darauf, allgemeine Vorschriften zu geben, sondern richte sein Augenmerk auf die örtlichen Verhältnisse der Genitalsphäre.

4. **Urethrorrhoea**, von Carl Harlan - Cincinnati. Mit der Bezeichnung Urethrorrhoe belegt der Verfasser jene Zustände postblennorrhoischer Art, die in folgenden Symptomen sich charakterisieren: Überempfindlichkeit der Urethra, allerlei unbestimmte Sensationen bei der Miktion, welche von der Konzentrierung des Urins abhängen und auch durch die kongestiven Zustände der Harnröhre beeinflußt werden, geringer Ausfluß am Morgen, abwechselnd mit völliger Sekretlosigkeit der Urethra. Voraussetzung ist bei obiger Diagnose das Fehlen lokaler Infiltrationen oder beginnender Strikturen, auch das Fehlen von Gonokokken. Etwas besonderes ist aus des Verfassers weiteren Schlüssen nicht hervorzuheben.

5. **Eine einfache, erfolgreiche Erysipelbehandlung**, von W. M. Jordan-Birmingham. Verfasser empfiehlt als ausgezeichnetes, sicher wirkendes, reizloses Mittel die Aufstreichung von reinem Ichthyol auf das Erysipel mit Darüberlegung absorbierenden Verbandstoffes.

1905. Nr. 5.

1. **Die Behandlung der Hypertrichosis**, von Charles Malbory Williams-New York. Die einfachste Methode, Haare an Stellen, wo sie nicht erwünscht sind, zu entfernen, ist das Ausziehen. Dies ist aber nur von höchst vorübergehendem Erfolg begleitet und macht die neuerscheinenden Haare nur stärker. Handelt es sich um mehr als eine beschränkte Anzahl unwillkommener Haare, so führt diese Methode nicht zum Ziel. Ebenso ist das Bleichen von Haaren nur ein schwaches Hilfsmittel. Das Haar bleibt und wird nur weniger sichtbar gemacht, was aber bei längeren und stärkeren Haaren auch nicht immer leicht gelingt. Drei andere Methoden, das Schneiden, Abrasieren und Zerreiben der Haare mit Bimsstein, lassen zwar die Haut gänzlich ungereizt und entfernen das Haar, helfen aber ebenfalls nur ganz vorübergehend. Dasselbe gilt für die chemischen Enthaarungsmittel, welche nur tiefer greifen und die Haut mehr oder minder reizen. Unter ihnen spielt das Bariumsulfid die Hauptrolle. Das neuerdings empfohlene Vorgehen, mit feinen, zylindrischen Löchern den gesamten Haarwurzelapparat zu entfernen, verwirft Verfasser ebenso wie das Ausbohren des Haarfollikels. Am empfehlenswertesten dünkt ihm die elektrische Epilierung. Die von ihm verwendeten Stromstärken sollen in der Regel zwischen 1 und 2 Milliampères schwanken. Narben entstehen bei dieser Elektrolyse nicht oder höchstens kaum sichtbare. Bei einigen alten, festen Haaren ist es zuweilen nötig, bis auf 5 oder 6 Milliampères zu steigen, doch tut der Strom dann weh, hinterläßt auch Spuren. Was die Enthaarung durch Röntgenstrahlen anbelangt, so steht der Verfasser auf dem Standpunkt, daß es hierbei sehr schwer ist, die nötige Dosis zu finden. Schwache Bestrahlungen geben nur temporären Haarausfall. Starke Belichtungen können zu bösen Hautentzündungen führen. Vielleicht ist in manchen Fällen von Hypertrichosis eine dauernde Epilation nur durch vorausgehende Röntgendermatitis zu erzielen.

2. **Acne vulgaris**, von Edmund L. Cocks - New York. Nach der Ansicht des Verfassers bildet die Akne den siebenten Teil aller Hautkrankheiten. Die Tatsache, daß das Leiden mehr bei Frauen als bei Männern beobachtet wird, erklärt der Verfasser damit, daß jene häufiger den Arzt aufsuchen als diese. Es wurden vom Verfasser 93 Fälle von Akne hinsichtlich der Urinbeschaffenheit geprüft. Das spezifische Gewicht schwankte von 1,004 bis zu 1,044; der Durchschnitt betrug 1,024. Die Chloride und Phosphate waren unter der Norm, die Sulfate etwas vermehrt. In einigen

Fällen waren grofse Mengen Indikan nachzuweisen, was ein Zeichen von Fermentation ist. In 75% der Fälle begann das Leiden vor dem 18. Jahre. Die Lebensjahre 15—25 zeigten die meisten Erkrankten. Ätiologisch sind chronische Dyspepsie, Bleichsucht, schlechte Assimilierung der Nahrungsmittel, Menstrualbeschwerden und Darmstörungen aller Art verantwortlich zu machen. Oft folgt auf jede Attacke von Durchfall oder Verstopfung ein Schub neuer Pusteln und Knötchen. Auch während der Regel oder kurz vor den Menses verschlimmert sich der Akneprozefs meistens, beziehentlich treten gar neue Schübe von Pusteln auf. Auch geistige und körperliche Überanstrengungen schaffen neben widrigen Witterungsverhältnissen, Masturbation, Unreinlichkeit und gewissen Nahrungsmitteln (Pasteten, Eingemachtes, Salzfleisch, Fisch) Neigung zu Akne. Die Therapie mufs allgemein und örtlich sein. Man verordne Massage, kalte Abwaschungen des ganzen Körpers, Gymnastik, Ausarbeitung im Freien und schütze das Gesicht vor kalten Winden. Besonders verbiete man das schnelle Radfahren. Aufserdem regle man die Kost und beseitige alle noch so unscheinbaren Krankheitsherde, wie Otitiden, Nasenkatarrhe, Menstruationsanomalien u. a. Die örtliche Behandlung verdient gröfste Beachtung. Alle Pusteln und Papeln sind zu inzidieren. Vorher und nachher ist das Operationsfeld mit Alkohol oder Wasserstoffsuperoxyd zu desinfizieren. Nach den Inzisionen gebe man eine leichte Lanolinsalbe auf die Wunden. Nachts wasche sich der Kranke mit heifsem Wasser, massiere die betreffende Partie und gebrauche dann folgende Lösung:

℞ *Calamin pulv.*
Zinc. oxyd. ā 7,5
Aq. rosar. ad 120,0

Morgens folgt eine heifse Abwaschung, eventuell mit kaltem Nachgufs. Sobald die Pusteln nachlassen, gehe man zu grüner Seife, Resorcin, Salicylsäure, Schwefel oder Betanaphtol über. Die hierdurch erzeugte Dermatitis öffnet die Follikelmündungen, Reiben und Heifswaschen entfernt dann die Pfröpfe. Die gesetzte Reizung der Haut schwindet unter milder Salben- oder Puderbehandlung.

3. **Ekzem**, von Ichiel T. Moore-Minneapolis. Verfasser glaubt, dafs die interne Ätiologie beim Ekzem nicht genügend gewürdigt wird und hält die genaue Kontrolle des Urins für sehr wichtig. Die Schwankungen in den festen Bestandteilen desselben geben dem Arzte nicht nur wertvolle ätiologische, sondern auch therapeutische Fingerzeige.

4. **Die Behandlung der Intertrigo bei Kindern**, von Louis Fischer-New York. Eine Hauptaufgabe ist hierbei die Regelung der Verdauung der Kinder. Diarrhöen sind vor allen Dingen zu beseitigen, soll die örtliche Behandlung von dauerndem Erfolg sein. Nach ausgiebiger Reinigung der erkrankten Hautpartie in einem Hafermehlbad lege man folgende Salbe auf:

℞ *Calamin.*
Zinc. oxyd. ā 8,0
Vaselin. ad 50,0

und pudere mit indifferenten Mehlen.

5. **Die konstitutionelle Therapie der Gürtelrose**, von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis. Die Behandlung der Gürtelrose darf keine ausschliefslich örtliche, sondern mufs vor allem eine allgemeine sein. Fufsend auf der Annahme, dafs das Leiden auf einer Störung im lymphatischen Nervenapparat beruht, hat Ohmann-Dumesnil in vielen Dutzenden von Fällen erfolgreich Arsenik gegeben, und zwar bei Erwachsenen wie bei Kindern. Für erstere war die Ordination die folgende:

℞ *Acid. arsenicosi* 0,12
Pulv. piper. nigr. 7,5
Extr. gentian. q. s. ut
F. caps. Nr. 40

Nach jeder Mahlzeit eine Kapsel zu nehmen.

Die Gefahr einer Vergiftung besteht nicht. Es wird jedoch der Prozefs des Zoster bedeutend abgekürzt, von drei Wochen auf etwa sechs Tage, sobald nur die Arsenmedikation zeitig genug einsetzt. Bei Kindern gebe man das Arsen in Form des Liquor Fowleri.

6. **Elektrizität bei Hautkrankheiten,** von Edward P. Adams - Cincinnati. Der Verfasser sieht in der Elektrizität ein Allheilmittel für die Behandlung von Hautkrankheiten. „Wenn ein Arzt bei Hautkrankheiten nicht Elektrizität verwendet, so kann er keine Erfolge haben. Und wenn er keine Erfolge in der Dermatotherapie hat, so kommt dar davon, dafs er keine Elektrizität verwendet." Der Verfasser, welcher einen eklatanten Fall von Heilung eines rebellischen Pruritus proprius bei einem 70jährigen Herrn durch Anwendung elektrischer Ströme anführt, geht in seinen Verallgemeinerungen viel zu weit.

7. **Allgemeine Therapie bei Hauterkrankungen,** von Edward Pisko-New York. In Fällen von chronischem Ekzem, Lichen planus, Schuppenflechte und Mykosis fungoides verwendet Pisko mit gutem Erfolg Arseninjektionen, bei Alopecia areata, Prurigo simplex und Prurigo Hebra Pilokarpineinspritzungen.

8. **Akne und ihre Behandlung,** von Georg H. Candler - Chicago. Verfasser legt den gröfsten Wert auf die innere Therapie. Jede dritte Nacht gibt er von 7 Uhr abends an halbstündlich schwache Kalomel-Podophyllindosen und am Morgen darauf ein Salinum mit einem halben Liter heifsem Wasser. Ferner dreistündlich Alnuin 0,06—0,36, Calciumsulfid und Xanthoxyllin je 0,06—0,18. Ferner bei jeder Mahlzeit etwas Eisen-Chinin-Strychnintinktur und eine halbe Stunde darauf Schwefelpillen, beziehentlich bei Darmgärung ein Darmdesinfiziens, wie Sulfokarbolate. Süfse Speisen, Fette und Eisgetränke sind zu verbieten. Früchte und Vegetabilien sind in Menge zu geniefsen. Täglich ist während der Mahlzeiten reichlich Wasser zu trinken. Bei dieser Therapie heilt jede Akne in zwei bis acht Wochen ab.

9. **Vollständige Abreifsung des Hodensacks, linken Hodens und der Penishaut,** von Alfred C. Wood-Philadelphia. Der 35jährige Kranke war von einer Transmissionswelle erfafst worden. Durch einen glücklichen Umstand wurde er selber nicht herumgeschleudert, sondern ihm nur die Kleidung vom Leibe gerissen. Die Gewalt war so grofs, dafs mit der Kleidung die obengenannten Körperteile abgerissen wurden. Der Hodensack war am Ansatz am Körper abgetrennt. Der rechte Hoden hing am Samenstrang aus der Wunde heraus. Der linke Hoden fehlte. Die gesamte Penishaut fehlte bis zur Umschlagstelle des Präputiums auf die Eichel. Verfasser bildete aus Hautlappen ein neues Scrotum zum Schutze des rechten Hodens und überpflanzte mit bestem Erfolge Haut vom Schenkel auf den Penis. Heilung ausgezeichnet. Geschlechtsfunktion unvermindert.

10. **Blasengeschwür,** von Fredric Leusmann-Chicago. Allgemeine Erörterungen über die in der Blase vorkommenden Geschwüre mit kurzen therapeutischen Ausführungen.

11. **Die Heifswasserbehandlung zur Radikalheilung des Wasserbruches,** von Frederik Griffith - New York. Der Verfasser hat einen Troikar konstruiert, dessen Tube aus einer oberen und unteren Hälfte besteht. Nachdem lokale Kokaineinspritzungen vorgenommen worden sind, stöfst man den Troikar ein. Sobald das Leitstück herausgezogen ist, wird von einem hochhängenden Irrigator aus heifses Wasser,

so warm als es vertragen wird, in den Hydrocelensack, dessen Inhalt durch die untere Tubenhälfte abgeschlossen ist, eingeführt, und nachdem die Öffnung der letzteren geschlossen worden ist, der Hydrocelensack zur Ausweitung gebracht. So werden die kleinsten Falten dem heifsen Wasser zugänglich gemacht. Nach einiger Zeit der Einwirkung des heifsen Wassers, Abfliefsenlassen, Neuprallfüllen und Wiederablassen werden dann die Instrumente herausgezogen, auf die Öffnungen im Scrotum ein Gaze-Collodiumverband gelegt und über das Ganze ein Suspensorium oder ein T-Bindenverband getan. Der Kranke kann dann sofort wieder seine Beschäftigung aufnehmen.

12. **Bemerkungen über Diagnose und Behandlung des Trippers**, von CHILDS-MACDONALD-San Francisco. Wird mit der Fortsetzung im nächsten Heft besprochen.

Hopf-Dresden.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Mai 1905.

1. **PAGETs Krankheit der Glutäalregion und ihre Beeinflussung durch Röntgenstrahlen**, von JOHN A. FORDYCE-New York. Fälle von oberflächlichen Epitheliomen mit Neigung, sich in serpiginöser Weise auszubreiten und teilweise dabei wieder zu vernarben, und zwar aufserhalb der Mammaregion gelegen, sind schon beobachtet worden. DARIER sagt von diesen, dafs bei einfacher Betrachtung des Prozesses die Stellung einer Differentialdiagnose meist unmöglich ist. Der Verfasser gibt in vorliegender Abhandlung einen solchen Fall extramammärer PAGETS-Disease wieder. Er betrifft eine 60jährige Frau, welche an der Stelle des gegenwärtigen Krankheitsprozesses einen mechanischen Insult erlitt. Etwa ein Jahr darauf bemerkte sie auf dieser Stelle, der linken Glutäalregion, einen dunklen, roten Fleck, der immer gröfser wurde und vielfach Schmerzen verursachte. Spontane Blutungen oder Absonderung zeitigte derselbe nicht. Die Untersuchung ergab eine unregelmäfsig runde, flache, dunkelrote Läsion von einigen Zoll Durchmesser. Der Rand zeigte eine vielfache Ausbuchtung, und zwar gegen die gesunde Haut scharf abgesetzt. Die Läsion war trocken und zeigte leichte Epidermisabschuppung, nur an einer talergrofsen Stelle bestand eine knotige, leicht blutende Erosion. Hätte der Prozefs auf der Brustregion sich befunden, so wäre die Diagnose PAGETsche Erkrankung zweifelsohne sofort mit Sicherheit gestellt worden. Die Behandlung bestand in Röntgensitzungen mit je einer Woche Pause. Die Sitzung dauerte jedesmal zehn Minuten. Nach sechs bis sieben Sitzungen trat die Reaktion ein. Während dieser Behandlung verschlimmerte sich der Prozefs deutlich, die Läsion nahm an Umfang zu und begann zu schmerzen und zu eitern. Nach Unterbrechung der Radiographie begann die Wundfläche unter Aristolbehandlung schnell zu vernarben, um völlig abzuheilen.

2. **Ein Fall von Staphylokokkeninfektion der Tonsille, welche Schanker vortäuschte**, von DOUGLAS W. MONTGOMERY-San Francisko. Verfasser bemerkt sehr richtig, dafs man an Orten des Körpers, wo Schanker vorzukommen pflegen, leicht eine Läsion für ein spezifisches Geschwür hält, das es gar nicht ist. Und umgekehrt werde ein Schanker, der irgendwo auf extragenitale Weise acquiriert ist, meist für etwas ganz anderes gehalten, als was er ist. Im vorliegenden Falle treffen diese beiden Lesarten nicht zu, sondern man hat den Krankheitsprozefs einer Tonsille für ein spezifisches Geschwür gehalten und diese Diagnose hat sich dann doch als irrig erwiesen. Der Kranke bemerkte auf der Reise einen gelben Fleck auf der linken Mandel. Zwei in Venerologie geübte Ärzte in Los Angeles erklärten die Affektion entweder für epitheliomatös oder syphilitisch. Bakteriologisch liefsen sich im Ge-

schwürsekret Staphylokokken nachweisen. Fieber bestand nicht. Harte Drüsenschwellungen fehlten ebenfalls, nur fand sich unter dem linken Kieferwinkel eine weiche, geschwollene, schmerzhafte Drüse. Zurückgekehrt nach San Francisko konsultierte der Kranke den Verfasser und zwei andere Spezialisten. Alle drei erklärten die Läsion für eine Tonsillarsklerose. Allein nach vier Tagen war die Affektion unter lokaler Therapie absolut verheilt. Die Diagnose war also falsch gewesen.

3. **Die maulbeerfarbigen Hautflecke bei Japanern und anderen farbigen Rassen — ein Zeichen der Negerdeszendenz**, von Albert S. Ashmead-New York. Bei den neugeborenen Kindern der Japaner beobachtet man häufig das Vorkommen von violetten Hautflecken auf dem Gesäfs, dem Kreuzbein oder den Schultern. Das Volk hat den Aberglauben, dafs das Vertreiben dieser Flecke durch Unterbinden vor der Erkrankung an Lepra schützt. Verfasser erklärt diese Flecke als ein Zeichen einer Deszendenz von Negern. Es ist bewiesen, wie er sagt, dafs in den alten Stämmen des Inselreiches ein Einschlag von Negerrassen stattgefunden hat. Dafür sprechen die flachgedrückte Nase, die häufig vorkommenden schwarzen Pigmentflecke in der Sklera und andere Umstände. Auch bei Kindern der weifsen Rasse sind vereinzelte solche maulbeerfarbene Flecke der Glutäalgegend nach der Geburt beobachtet worden. *Hopf-Dresden.*

Russische Zeitschrift für Dermatologie.

Band VII. Januar.

Über Lupus vulgaris, von W. Schüle. Klinische Tatsachen, die darauf hinweisen, dafs Lupus eine ausgesprochene tuberkulöse Erkrankung der Haut ist, werden vom Verfasser an Hand des klinischen Materials des Prof. Petersen in St. Petersburg summarisch zusammengetragen und kurz begründet unter Hinweis auf die begleitenden und primären, allgemeinen und lokalen, tuberkulösen Organerkrankungen der Lupösen. Temperatursteigerungen bei schwerem Lupus führt Verfasser auf tuberkulöse Toxinwirkungen und nicht auf Mischinfektion (Staphylococcus usw.) zurück.

Zwei Fälle von wahrscheinlicher Reinfektion, von E. Glawtsche. In beiden Fällen war die Tatsache einer rektalen Infektion auf Grund zusammenhängender Beobachtung zweifellos vorhanden. Die Anamnese ergab im ersten Falle, wo auch parasyphilitische Zungenleukoplakie bestand, einen Zwischenraum von zirka 30, im zweiten von 8 Jahren. Die erste Anamnese war nur vom Kranken selbst, die zweite dagegen auch von dem seiner Zeit behandelnden Arzte geliefert.

Über Priapismus, von M. Margouhes. Ein merkwürdiger Fall von anhaltendem, plötzlich entstandenen Priapismus, der nicht weniger als 43 Tage und Nächte ununterbrochen gedauert hat. 25 Tage lang war der Penis im Zustande maximaler Erektion, in den übrigen 17 Tagen nahm die Erektion sehr langsam an Spannung ab. Der Patient hatte Erscheinungen der Lues cerebro-spinalis, so dafs die luetische Erkrankung des Erektionszentrum mit Sicherheit anzunehmen war. Die spezifische Kur hat keine wesentliche Besserung gebracht. Wollustgefühle fehlten vollständig, das Glied fühlte sich die ganze Zeit kalt an und hat stark geschmerzt. Die Beobachtung scheint zu beweisen, dafs Erektions- und Ejakulationscentra getrennt liegt, da nach dem Anfall vollzogene Kohabitationen bei sehr schwacher Erektilität normalen Ejakulationsablauf zeigten.

Band VII. Februar.

Die Bedeutung der Morphologie, Anatomie und Bakteriologie für das Studium der Dermatologie, von J. Himmel. Eine klinische Antrittsvorlesung.

Zur Therapie der Follikulitiden, von A. Pospelow. Eine ausführliche Würdigung verschiedener Formen: Akne, Milium, Komedo und ihrer Behandlungsmethoden mit besonderem Hinweis auf die vom Verfasser schon vor Jahren angegebene Gesichtshautmassage zur Beseitigung der Akne.

Drei Fälle von Digitalschanker, von N. Djatschkow. In Anbetracht der grofsen Seltenheit des weichen Schankers an den Fingern (Ricord und Fournier erwähnen unter 785 Fällen von Ulcus molle nur drei, Petersen auf 5363 Fälle nur zwei, Gay auf 2649 Fälle keine einzige derartige Lokalisation) verdienen diese drei Beobachtungen von Autoinokulation (der primäre Ulcus war in allen Fällen am Penis) ein gewisses Interesse.

Über multiple Ulcera mollia, von N. Djatschkow. Zwei Fälle von disseminierten Ulcera mollia. Einmal wurden 58 Geschwüre gezählt, im anderen Falle waren 75 (!) vorhanden. Die Ätiologie und die Inokulation hält der Verfasser für bewiesen.

Band VII. März.

Die Anthraxepidemie im Samasschen Gouvernement, von Kudisch. Kurze Notiz über 42 Fälle von Pustula maligna, durch Abdeckerbeschäftigung entstanden. Nur eine verlief letal. Therapie: Inzision. Kalium caustic.-Ätzung, Jodoformpulver. In der Umgebung Karbolwasserumschläge.

Zwei Fälle von Nervensyphilis, von W. Diedrichson. Vier Jahre nach einer schweren Infektion entwickelte sich Paralysis spinalis spastica, deren Ätiologie unzweifelhaft ist. Der Symptomenkomplex ist der gleiche wie bei der Pellagra. Der andere Fall endet neun Monate nach der Infektion mit Gehirnlues.

Band VII April.

Die Heilbarkeit der Syphilis und ihre Behandlung, von P. Kowalewsky. Der bekannte Neurologe unterwirft die schwierige Frage der Syphilisheilbarkeit einer eingehenden Prüfung unter genauer Berücksichtigung des in der Wissenschaft aufgespeicherten kasuistischen Materials und spricht sich bestimmt für die Möglichkeit einer völligen Heilung aus. Er entwickelt kurz seine Behandlungsgrundsätze, die nichts wesentlich Neues enthalten. Nebenbei tritt er auch für die Heilbarkeit der Tabes und der progressiven Paralyse (!), wofür er Beweise aus eigenen und fremden Beobachtungen habe (Brissaud, A. Péchen, Auberg, Holban), ein. Demgemäfs empfiehlt er energische Merkurialkuren auch bei Paralytikern.

Balanoposthitis circinata progressiva, von T. Burschalow. Diese Form schliefst Verfasser (mit Pawlow, Berdal und Bataill) aus dem gewöhnlichen Bilde der Balanoposthitis aus (ist es nötig? Ref.). Diffuse Balanitis und Balanitis circinata erosiva mit glatten, glänzenden, roten, sehr verschieden konturierten Erosionen, sollen fortan streng geschieden sein. Differentialdiagnostische Momente: 1. Inokulationsfähigkeit der erosiven Form; 2. die Art der Effloreszenzen (siehe oben); 3. besonderer Entwicklungsgang; 4. Spirillenbefund und 5. Autoinokulation.

Band VII. Mai.

Zahndystrophien bei Syphilis hereditaria; Hechtzähne, von P. Frolow. Ein achtjähriger Knabe mit syphilitisch-hereditären Gummen und Perforation des harten Gaumens, zeigte in der Nähe derselben ein Knochengebilde, das wie ein sich abstofsender Sequester aussah, in Wirklichkeit aber zwei Incisive darstellte, die hinter einander hervorwuchsen. Während das Milchgebifs noch nicht ersetzt war, wuchsen die unvollkommen gebildeten bleibenden Schneidezähne in dystrophischer Weise, wie beim Hecht, aus dem harten Gaumen heraus. Einen ähnlichen Fall teilte schon Edm. Fournier mit.

Abscesse der Dammgegend und diffuse Phlegmonen, von W. Motz und J. Bartrina. Die von Voillemier verfochtene Lehre von der mechanischen Zerreifsung der Urethralschleimhaut als Ursache der sog. „Urininfiltration" wird von den Verfassern verworfen. Sie lassen nur die periurethralen Eiterungen als ätiologisches Moment gelten. Somit lehnen sie auch die Theorie von Escot ab, nach welcher auf sklerotischer Basis entstehende „trockene Nekrobiose" die fulminante „feuchte Gangrän" beim Vorhandensein von Inokulation vorbereiten soll. Den Ausgangspunkt der periurethralen und perinealen Abscesse sehen die Verfasser vielmehr in den Drüsen des Bulbus und der Urethra posterior. Demnach unterscheiden sie: Periprostatitis, Littritis, Cowperitis und Bulbitis, die als latente Abscesse, nur bei Autopsien erkennbar, dann als circumskripte Perinealabscesse mit schwerem Verlauf und schliefslich als diffuse Infiltration oder Phlegmone der ganzen Gegend in Erscheinung treten. Die Perforation geschieht demnach von aufsen nach innen, d. h. nach dem Urethrallumen und führt erst dann die Urininfiltration, d. h. Sekundärinfektion herbei. Eine spezielle Form ist der Urinabscefs mit brettharter Konsistenz und meist akutem Verlauf. Der Begriff der Urininfiltration müfste nach Ansicht der Verfasser in den einer diffusen Phlegmone umgewandelt werden. Zum Schlufs werden therapeutische Winke zur Verhütung dieser schweren Komplikationen speziell bei Strikturen gegeben.

Band VII. Juni.

Lepröse Affektionen der oberen Luftwege, von A. Tichonowitsch. Verfasser teilt drei Fälle mit, wo die Veränderungen, an der Leiche nachgewiesen, gewissermafsen verschiedene Stadien darstellten. Im ersten Falle waren nur die Organe über dem Kehlkopf, im anderen schon der ganze knotig und ulcerös veränderte Kehlkopfapparat befallen, während im dritten die Folgezustände des abgelaufenen Prozesses sichtbar waren, wie Narben, Defekte usw. Dementsprechend waren auch die mikroskopischen Veränderungen, entsprechend den verschiedenen Zerstörungsstadien, charakteristisch verschieden.

Eine besondere, den Primäraffekt vortäuschende Art des Ulcus molle, von S. Jakowlew. Durch Prof. Pawlow darauf aufmerksam gemacht, beobachtete Verfasser sechs Fälle dieser Varietät. Während das Aussehen der meist multiplen Geschwüre typisch weich, mit zerklüfteten Grund, unterminiertem Rand, charakteristischem Detritus und bekannter entzündlicher Aufsenzone war, zeigten einige von ihnen, namentlich im Sulcus coronar. nach einigen Wochen knorpelartige Verhärtung der Basis mit schwanzartigem Fortsatz nach der Tiefe zu. Das ganze wird wie ein trichterförmiges Gebilde palpiert. Dieses hält sich gewöhnlich sehr lang, mitunter ein bis zwei Monate, und reinigt und löst sich äufserst langsam auf. Nur selten typische Bubonen mit Schmerzen und Abscedierung, meistens keine Adenitis. Die Differentialdiagnose gegenüber dem Chancre mixte — hauptsächlich sich auf trichterförmige Gestaltung und das Fehlen der Plejaden und sonstigen Erscheinungen gründend — ist vom Verfasser nur kurz abgefertigt. Die Inokulationsversuche ergaben nur die Übertragung von Ulcus molle. Das histologische Bild deckte chronische Periarteritis um die Ulcera auf. (Die Arbeit wirkt nicht überzeugend genug. Ref.)

Blennorrhoische diffuse Cavernitis, von J. Selenew. Ein kasuistischer Beitrag. Die schmerzlose muffartige Schwellung der Corp. cavernosa war chronisch entstanden, parallel mit der chronisch verlaufenden Blennorrhoe. *Sack-Heidelberg.*

Bücherbesprechungen.

Mitteilungen aus der Abteilung für Lichtbehandlung im Krankenhause St. Göran in Stockholm, von MAGNUS MÖLLER-Stockholm. Der Verfasser gibt in der vorliegenden Veröffentlichung seine Erfolge mit der Lichtbehandlung verschiedener Hautkrankheiten wieder, und zwar über 79 Fälle von Lupus vulgaris, 17 Fälle von Lupus erythematosus, 12 Fälle von Hautkrebs, 3 Fälle von Alopecia areata, und je 1 Fall von Naevus vasculosus und Acne rosacea. Eine Reihe beigefügter Abbildungen der Kranken vor und nach der Lichtbestrahlung läfst die Erfolge dieser Therapie so recht deutlich in die Augen springen. Von den 79 Lupösen waren 46 noch in Behandlung, 32 waren zur Entlassung gekommen, darunter 17 völlig geheilt, 10 nahezu geheilt, 4 gebessert und nur 1 Fall wies ein unbefriedigendes Ergebnis auf. Von den 17 Geheilten ist ein Rückfall nach mehr als einem Jahre bei 10 ausgeblieben. Zur Feststellung, ob ein behandelter Lupus auch als geheilt betrachtet werden und zur Entlassung kommen kann, gibt MÖLLER, sobald auf Glasdruck nicht der kleinste lupöse Fleck mehr zu sehen ist, nach vorheriger Messung der Körperwärme $^1/_3$ mg Alt-Tuberkulin MERCK. Nur wenn diese Probe reaktionslos endigte, wurde der Lupusfall als geheilt bezeichnet. Die Phototherapie verdient den Vorzug vor allen Behandlungsarten des Lupus, weil sie ursächlich wirkt, unblutig, schmerzlos und erfolgreich ist. Der kosmetische Effekt ist der denkbar beste. Bei der infiltrierten Form des Lupus erythematosus hat die Finsenbelichtung ebenfalls gute Erfolge gezeitigt (Lupus erythematosus discoides KAPOSI), ohne solchen oder nur mit geringem Erfolg fanden Bestrahlungen bei der oberflächlichen Form statt, dem Erythema centrifugum BROCQ. Von den 13 Kranken der ersten Abart gelangten 6 zur Heilung, 4 wurden wesentlich gebessert, darunter einige ganz veraltete Fälle, 3 Fälle waren noch in Behandlung, aber auch schon in Besserung begriffen. Von 12 Hautkrebsen wurden 7 geheilt ohne Rückfälle nach einer Beobachtungszeit von drei Monaten bis zu $1^1/_2$ Jahr. Ein multiples Nävuscarcinom blieb unbeeinflufst durch die Finsentherapie. In den anderen Fällen nahm MÖLLER vor der Lichtbehandlung erst eine umfassende Ausschabung des Krebses vor. In zwei Fällen von Alopecia areata, bei der Acne rosacea trat ebenso wie bei einem Naevus vasculosus deutliche Besserung ein. *Hopf-Dresden.*

Die angioneurotische Entzündung, von K. KREIBICH-Graz. (Wien 1905. Moritz Perles.) Ein wissenschaftlich wertvolles Buch von KREIBICH liegt uns vor, ein Werk, welches in erschöpfender Weise die Ansichten des Verfassers mit Berücksichtigung aller bisher auf diesem Gebiete erschienenen Arbeiten, kundtut und worin er zeigt, dafs die Hautveränderungen des Zoster in allen ihren Formen vasomotorischer Natur sind. Die gesamten Untersuchungen KREIBICHS haben den doppelten Zweck, einerseits die angioneurotische Entzündung zu suchen, wo sie sich findet, andererseits aber zu zeigen, dafs sie auf spätreflektorischem oder, was nicht zu trennen ist, auf reflektorischem Wege zustande gekommen ist; dabei wird keineswegs jeder Effekt einer direkten Beeinflussung des Sympathikus geleugnet, denn da KREIBICH mit NOTHNAGEL in dem aus sensiblen und vasomotorischen Nerven gebildeten Reflexbogen das Prinzip jeder Trophik erblickt, so mufs er einen Ausfall trophischer Impulse auch bei Leitungsunterbrechung im zentrifugalen Schenkel zugeben, doch glaubt er, dafs, abgesehen von der möglichen Vertretung durch andere Bahnen, der trophische Ausfall dann in einer langsam sich abspielenden Atrophie bestehen wird mit ähnlichen Veränderungen

an den Gefäßen, wie sie LAPINSKY beim Tiere gefunden. Für anfallsweise Leistungen im Reflexbogen setzt KREIBICH organisch gesunde, aber leichter und höher erregbare Sympathikusganglien voraus.

Das erste Kapitel enthält Krankenbeobachtungen und Experimente besonders von neurotischer Hautgangrän, dem sich die Klinik und Anatomie der spontanen und experimentellen Veränderungen bei der neurotischen Hautgangrän und die Pathogenese anschließen, während ein weiteres Kapitel der Ätiologie gewidmet ist. Hierbei hält K. die neurotische Hautgangrän für eine sympathische Reflexneurose, bedingt durch eine gesteigerte Erregbarkeit des dominierenden Vasodilatatorenzentrums. Es folgt der Herpes zoster, ein vasomotorisches Phänomen, das ähnlich wie die Veränderungen der neurotischen Hautgangräne auf spätreflektorischem Wege zustande kommt. Dem schließt sich Herpes simplex und febrilis an, welcher ein vasomotorisches Phänomen von geringerer Intensität vorstellt. Das akute umschriebene Ödem (QUINCKE) führt Verfasser ähnlich wie die Urticaria auf nervöse Beeinflussung der Gefäßwände durch die Vasodilatatoren zurück. Die Urticaria ist der Typus eines reflektorischen oder spätreflektorischen vasodilatatorischem Ödems, jede Quaddel entsteht als angioneurotisches Ödem durch Nerveneinfluß. Auf die Quaddel kann echte Entzündung folgen; diese kann nur ihren Grund entweder in der direkten Schädigung der Gefäßwand durch jenes Toxin haben, welches anfangs durch Einwirkung auf den Gefäßnerv die Quaddel verursachte (Urticaria externa), oder sie kann die Folge der ersten intensiven Nervenerregung sein (Urticaria interna). Weiter besprochen werden Prurigo, strichförmige Erkrankungen, vasomotorische Veränderungen nach organischen Nervenläsionen, Erythromelalgie, Sklerodermie, Ekzem, exsudative Erytheme und die Pathologie der Schweißsekretion. Den Schluß bilden die RAYNAUDsche Krankheit und die Atrophie. Allen diesen Krankheiten hat K. seine Versuche gewidmet und sich ein entschiedenes Verdienst durch die Veröffentlichung seiner geistreichen Arbeiten und Ansichten geschaffen. Jeder kann aus diesem Werk nur lernen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Staphylokokkenurethritis nach Coitus ab ore, von OLLIVE und LÉQUYER. (*Sem. méd.* 1905. Nr. 4.) Der von den Verfassern beschriebene Fall ist der dritte dieser Art, soweit wenigstens die Literaturangaben reichen. Die Symptome verlaufen gewöhnlich mit äußerster Heftigkeit: reichlicher Ausfluß, der Staphylokokken und andere Bakterien in Menge enthält, Temperaturerhöhung. Die Urethritis war zwei Wochen nach dem infizierenden Coitus aufgetreten. Die Frau hatte an einer Stomatitis aphtosa gelitten. Heilung nach einem Monat. *C. Müller-Genf.*

Zur Technik der Dislokation der Urethra bei der Hypospadie und anderen Läsionen der Harnröhre, von BECK. (*Il Policlinico.*. 1905. Heft 3.) Verfasser hat die Methode zuerst bei Hypospadie der Harnröhre beiderlei Geschlechts angewendet, später dann aber auch bei anderen Defekten des Organs (Gangrän, Traumen). Sie besteht im Prinzip darin, daß der Urethralkanal auf einer

mehr oder weniger grofsen Strecke herauspräpariert wird, wobei ein zuvor eingeführter und am Ende der Harnröhre mit einem Faden fixierten Katheter als Handhabe dient. Sodann wird auf die herauspräparierte Harnröhre eine Reaktion ausgeübt und an die künstlich angelegte Mündung an der Glans angenäht (bei Hypospadie) resp. da, wo es sich um geschwürige oder traumatische Defekte handelt, über diesen Defekten vereinigt. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zur plastischen Chirurgie der Harnröhre, von G. Frank Lydston-Chicago. (*New York. med. Journ.* 29. April 1905.) L. bringt eine aufserordentlich einfache Methode der Plastik für jene Fälle von Hypospadie, wo der fehlerhafte Meatus gerade hinter der Basis der Glans liegt, ferner für manche (leichtere) Arten von Fisteln. Die Hauptprinzipe dieser Methode, welche durch eine Reihe anschaulicher Zeichnungen illustriert wird, sind aufser den Hautschnitten zur Bildung einer richtigen Öffnung und Sekundärnaht ein kleiner Einschnitt in das Perineum zur Drainage, welche L. bei allen plastischen Operationen für sehr wichtig hält, und besonders dessen Überzeugung, dafs ein möglichst kleiner Streifen von Epithel völlig hinreichend ist, da die Vermehrungsfähigkeit desselben eine aufserordentlich grofse ist; er sieht daher in dem Bestreben, eine grofse Epithelfläche für die Bildung der neuen Harnröhre zu verwenden, die Hauptquelle für die häufigen Mifserfolge dieser Operationen. L. hält seine Methode, den Harnröhrendefekt durch eine doppelte Lage von Geweben, wobei die Lappen von hinreichend dicken Stellen entnommen werden, nahezu für das Ideal, das bei den plastischen Harnröhrenoperationen zu erreichen ist. Zwei instruktive Fälle, Patienten im Alter von 45 und 48 Jahren betreffend, werden eingehend im Operations- und späteren Verlaufe beschrieben.

Stern-München.

Behandlung der Strikturen der Harnröhre des Mannes, von Heinrich Richter. (Inaug.-Dissert. Bonn 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von reflektorischer Anurie, von Francesco Zuccala-Reggio. (*Medis. Blätter.* 1905. Nr. 7.) Z. berichtet über einen Fall von reflektorischer Anurie, der einen 88jährigen, sonst gesunden Bauer betraf, der während einer Scharlachepidemie zwei Neffen und ein Söhnchen verloren hatte, und dessen zweites Söhnchen ebenfalls an Scharlach erkrankt war. Der Patient wurde aus diesem Anlafs von einer so heftigen Gemütsdepression befallen, dafs er bettlägerig wurde. Es trat zu gleicher Zeit eine Anurie auf, die nach siebentägiger Dauer von kardialer Depression (40 Pulsschläge in der Minute) Hypothermie, Ödem an den Malleolen und unteren Extremitäten, an den Augenlidern begleitet war. Abdomen geschwollen, hartnäckiges Erbrechen, getrübte Intelligenz. Eine am vierten Krankheitstage vorgenommene Katheterisation hatte keinen Urin zutage gefördert. Da der Krankheitsverlauf eine urämische Infektion andeutete, wurden Abreibungen mit warmem Öl, 2,0 Aspirin, Enteroklysma, Herztonika verordnet, Kampferöl injiziert. Keine Besserung am folgenden Tage; deshalb Kochsalzinfusion 500,0. Besserung des Allgemeinbefindens, keine Urinentleerung. Nach einer zweiten Kochsalzinfusion am nächsten Tage, anfangs wenig, nachts darauf reichlich Urinentleerung. Am elften Krankheitstage Urinmenge 1500 g, Ödem geschwunden Keine sonstigen Funktionsstörungen. Urinanalyse: Sp. G. 1,012, sauer, blafsgelbe Farbe, trüber, gelatinöser Niederschlag. 1 ‰ Albumen. Schleim in sehr geringer Menge. Kein Hämoglobin und keine sonstigen pathologischen Bestandteile. 12 g Harnstoff im Liter, wenig Phosphate und physiologisches Pigment. Mikroskopische Untersuchung: Einige hyaline Cylinder, viele Schleim-Eiterkörperchen, viele Nierenzellen, einige Harnsäurekristalle. Z. hält die Anurie für eine reflektorische, entstanden durch den Nervenchock, den Patient erlitten hatte. *Putsler-Danzig.*

Über Cystitis, von C. C. THAYER-New York. (*St. Louis Courier*. Febr. 1905.) In dieser allgemeinen Betrachtung über Ätiologie, Diagnose und Therapie der Cystitis stellt Verfasser den Grundsatz auf, dafs es ohne Infektion keine Entzündung der Blase gebe, dafs aber das ursprüngliche und prädipsonierende Moment Strukturveränderung der Schleimhaut sei und als Schlufsfolge immer Eiter auftreten müsse. Dysurie, Polyurie und Pyurie sind die drei Kardinalsymptome der Cystitis. Sind dieselben nicht zusammen vorhanden, so kann es sich nicht um Cystitis, sondern je nach den Erscheinungen um Nephritis, Ureteritis, Urethritis handeln (kurze tabellarische Übersicht über deren und der Cystitis Hauptsymptome). Die Behandlung der Cystitis besteht darin, zuerst die Infektion, dann die strukturellen Veränderungen und schliefslich die geschwächte Ernährung zu bekämpfen. Also in akuten Fällen Bettruhe, (Milch-)Diät, antiseptische Waschungen der äufseren Teile; nach zwei bis drei Tagen Blasenspülungen vermittels eines weichen Katheters mit sterilisiertem Wasser, späterhin mit anderen (antiseptischen) Lösungen, wie Sublimat (1 : 2000), Urotropin, Guajakolkarbonat (20%ig) u. s. f.; zur definitiven Rekonstruktion der Schleimhaut empfiehlt THAYER die sog. SEILERS Tabletten (3,75 g auf 1 Liter Wasser) oder statt derselben benzoesaures Na. Chronische Cystitis infolge von Prostatahypertrophie kommt oft zur Heilung nach Einführung eines Dauerkatheters und täglichen Ausspülungen; als klassischen Beweis hierfür bringt TH. schliefslich einen Fall, wo der Katheter 16 Tage liegen blieb und dann keine weitere Störung mehr vorhanden war.

Stern-München.

Ein Fall von akutester Cystitis (Chaude pisse), von WILLI HIRT-Breslau. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 14.) Ein 34jähriger Mann, der niemals geschlechtlich krank gewesen ist, bekam eines Abends, nachdem er reichlich gegessen und einige Glas Bier getrunken hatte, gegen 11 Uhr, eben als er nach Hause gekommen war, unter starken Leibschmerzen einen stark diarrhoischen Stuhlgang, während die gleichzeitig stattfindende Urinentleerung völlig schmerzlos war. Um 2 Uhr nachts erwachte er und liefs Urin, und hierbei stellten sich heftige Schmerzen in der hinteren Harnröhre ein, die sich sofort über die ganze Blasengegend verbreiteten. Zugleich trat heftiger Urindrang auf. Der Urin war völlig erfüllt von weifsen, bei auffallendem Gaslicht glänzenden Schüppchen. Nach einer halben Stunde wurde wieder uriniert; der Harn zeigte dieselben Schüppchen, aber in erheblich geringerer Menge. Der Harndrang und die Schmerzen liefsen jetzt nach, Patient schlief wieder ein; ein nach drei Stunden entleerter Urin war makroskopisch wieder völlig klar. Die Schüppchen erwiesen sich makroskopisch als grofse, oft das ganze Gesichtsfeld erfüllende, aus massenhaften, stark verfetteten Blasenepithelien bestehende Lamellen. Aufserdem mäfsig viel Leukocyten, vereinzelte rote Blutkörperchen und sehr spärliche amorphe Salze. Reaktion alkalisch. Spezifisches Gewicht: 1030. Es handelte sich also um eine innerhalb ganz weniger Stunden entstandene und wieder völlig geschwundene Cystitis und Urethritis bei sonst ganz gesunden Harnwegen. *Arthur Rahn-Collm-Sachsen.*

Histologische und experimentelle Untersuchungen über den Wiederherstellungsprozefs von Harnblasenläsionen, von FRACASSINI. (*Il Policlinico*, 1905, Heft 3.) Die vom Verfasser gemachten Experimente lassen sich in sechs Serien einteilen: Stichwunden (z. B. durch Troikarts bei Punktionen), die ganze Blasenwand, durchdringende Schnittwunden mit nachfolgender Naht, Abschnürung der Blasenwand Kauterisation, Abkratzung, flächenförmige Entfernung (Abrasion) der Schleimhaut. Es zeigte sich, dafs alle diese Wunden bei normaler Beschaffenheit der Blasenwandung gut und verhältnismäfsig rasch heilen. *C. Müller-Genf.*

Über die Diagnose und Behandlung der tuberkulösen Affektionen der Harnblase. von A. N. HAGMANN-Moskau. (*Die medis. Woche*. 1905. Nr. 8, 10

und 16.) Charakteristisch für die Blasentuberkulose sind: das Auftreten der Krankheit in den meisten Fällen ohne jegliche sichtliche Veranlassung, die Heftigkeit der subjektiven Erscheinungen in Form von Tenesmen und Schmerzen, namentlich am Ende des Miktionsaktes, das Vorhandensein von Eiter und Blut im sauer reagierenden Harn und das Mifsverhältnis zwischen den objektiven Erscheinungen und der Intensität der Beschwerden des Patienten. Wenn man noch das Vorhandensein einer tuberkulösen Prädisposition hinzufügt, die man entweder aus der Anamnese oder aus der Anwesenheit von anderen gleichartigen Affektionen im Urogenitalapparat oder in anderen Organen ableitet, so ist es nicht schwer, mit grofser Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf tuberkulöse Erkrankung der Harnblase zu stellen. Jedoch ist nicht immer der ganze Symptomenkomplex vorhanden; in solchen Fällen können die Cystoskopie und Bakterioskopie besonders wertvolle Dienste leisten; besonders von ersterer, welche von vielen Ärzten in diesen Fällen verworfen wird, sah H. nie Nachteile, während sie ihm oft Klarheit bei zweifelhaften Fällen gab. Die Behandlung der Blasentuberkulose besteht in allgemeiner Behandlung zur Hebung des Ernährungszustandes des Kranken, Arsen, Lebertran, Mineralwasser, Bädern, Wärme, Urotropin, Kreosot, Guajakol und lokaler Behandlung, sei es nun konservativ (Ausspülungen, Instillationen) oder blutig mit Öffnung der Blase und Entfernung des Krankheitsherdes. Die Spülmethode bei Blasentuberkulose ist nicht so sicher wie bei anderen Cystitiden; am besten wirkten noch schwache Sublimatlösungen. Auf alle Fälle ist eine kombinierte Behandlung das beste. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zur Histologie, Diagnose und Behandlung der Harnblasentumoren, von Alessandri. (*Il Policlinico.* 1905. Heft 3 und 4.) Der Verfasser gibt die Beschreibung von vier Fällen von Blasentumoren, worunter ein Endotheliom figuriert, der erste, der seines Wissens in der Literatur verzeichnet ist. Er gibt ein sehr einfaches und unschädliches Verfahren zur Diagnose der Geschwülste der Harnblase an, die in manchen Fällen ganz zuverlässige Resultate liefert; es besteht darin, dafs mittels einer Spritze irgendeine sterile oder schwach antiseptische Flüssigkeit kräftig in die Blase getrieben und sodann wieder ebenso kräftig zurückaspiriert wird; in der aspirierten Flüssigkeit schwimmen dann meist kleine Partikelchen des Tumors, die mikroskopisch untersucht werden können. *C. Müller-Genf.*

Grofser Blasenstein, von C. T. Hudson-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 18. März 1905.) Zum Rekord der grofsen Blasensteine berichtet H., dafs er bei einem Hindu niederer Kaste, welcher 36 Jahre hindurch Symptome von Blasenstein dargeboten habe, durch hohen Blasenschnitt einen Calculus von etwa 20 Unzen (560 g) entfernte. Patient starb drei Tage p. o. Die Nieren waren in hohem Mafse erkrankt.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall eines in der Harnblase perforierten Fremdkörperabscesses, von Edmund Homa-Brünn. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 16.) Ein eigenartiges Aufflackern eines alten Abscesses und Durchbruch nach 36 Jahren! Ein 64jähriger Geldbriefträger kam eines Tages mit der Klage, dafs er schon seit mehreren Wochen unwohl sei, ein Gefühl der Völle im Unterleib habe und beim Gehen und Treppensteigen Schmerzen in der linken Leistengegend empfinde. Die Bauchdecken zwischen Nabel und Symphyse waren flachtellerartig vertieft, wahrscheinlich von der seit mehreren Jahren vorne getragenen Geldbrieftasche herrührend. Im linken Hypogastrium gegen die Mittellinie zu bei tiefem Drucke Schmerzhaftigkeit. An der Innenseite des linken Oberschenkels im obersten Anteil war eine 10 cm lange, 3 cm breite, quer von hinten nach vorn verlaufende reaktionslose Hautnarbe, die mit der Muskulatur verwachsen erscheint. Patient hatte im preufsisch-österreichischen Kriege im Jahre 1866 bei Trautenau eine Schufswunde des linken Oberschenkels erlitten, derent-

wegen er lange gelegen hatte, doch später die ganzen Jahre hindurch waren keine Beschwerden wieder aufgetreten. Acht Tage später kam Patient wieder mit der Mitteilung, dafs sein Befinden ein besseres geworden sei, das Gefühl der Völle im Unterleib gänzlich geschwunden sei; er leide jedoch an Harndrang, der oftmals unreine Urin käme oft ins Stocken und zeige eine Unmenge von „Fäden". Diese letzteren erwiesen sich bei einer mikroskopischen Untersuchung als Baumwollfäden von etwa $1^1/_2$ cm Länge. Die Baumwollfäden entstammten der Kleidung und waren seinerzeit mit hineingeschleppt worden in den Abscefs; derselbe hatte sich einstweilen ohne Symptome verhalten, bis schliefslich durch den Druck der Tasche eine neue Entzündung die Eiterung in Bewegung setzte und den Baumwollfäden den Weg nach der Blase und somit per vias naturales nach der Aufsenwelt verschaffte.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Die Varicen der Harnblase in ihren Beziehungen zur Diagnose und Behandlung der Blasensteine, von Leotta. (*Il Policlinico.* 1904. Heft II.) Die Blasenvaricen sind meist auf den Blasenhals lokalisiert oder erstrecken sich höchstens auf den unteren Teil des Blasengrundes; zuweilen aber können sie sich über die ganze innere Fläche der Blase ausdehnen. Dieser Tatsache mufs jedesmal Rechnung getragen werden, wenn Operationen auf der Blase ausgeführt werden sollen, und zwar wegen der zuweilen äufserst heftigen Blutungen, die dadurch veranlafst werden können. Speziell bezieht sich diese Vorsichtsmafsregel auf die Fälle von Blasenstein, da die zu wählende Methode von dem Zustande der Blasenschleimhaut abhängt, welche am sichersten durch die Cystoskopie festgestzt wird. Auf den Locus electionis beschränkte, noch mehr, aber weiter ausgedehnte Blasenvaricen bedingen eine Kontraindikation zur Ausführung der Litholapaxie, welche dann durch eine andere Methode ersetzt werden mufs. Ist es einmal zu einer Blutung infolge von Varicen gekommen, so hat man sie zuerst wenn möglich auf unblutigem Wege zu stillen (Ausspülungen mit kaltem Wasser, hohe Lagerung des Beckens, Eisblase äufserlich, innerliche Hämostatica); genügen diese Mittel nicht, so hat man zur Cystotomia suprapubica zu greifen.

C. Müller-Genf.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Beiträge zur Kenntnis der malignen Hodengeschwülste, von August Wrobel. (Inaug. Dissert. Breslau 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über radikale und konservative Therapie bei Hodentuberkulose, von Carl Drammer. (Inaug.-Dissert. Berlin 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über Hydrocele, von Thos. J. Butler Louisville. (*Louisville Journ.* April 1905.) In seinem Vortrage (vor der Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft von Louisville, Sitzung vom 13. Jan. 1905) zieht B. von den verschiedenen Formen der Hydrocele nur die häufigst vorkommende, die sogenannte Hydrocele communis in Betracht und hebt hervor, wie mangelhaft unsere Kenntnisse noch über deren Ätiologie und Pathologie sind. Von den Behandlungsmethoden der Hydrocele verwirft er völlig die Injektionen (mit Jodtinktur oder Karbolsäure) als gefährlich und in ihren Endresultaten wenig befriedigend und erklärt als beste die der offenen Operation, wobei aber in einem gewissen Prozentsatz der Fälle (bei langer Dauer des Zustandes) der Hoden wegen degenerativer Entartung mit entfernt werden mufs. Wie die Geschichte lehrt, waren viele der jetzigen, besonders die Inzisions-, Methoden schon vor Jahrhunderten bekannt und geübt, die Resultate aber vor der aseptischen Ära sehr schlechte. Da der Hodensack für Infektion sehr empfänglich ist, so rät B. nicht nur, bezüglich der Instrumente und Hände strengste Antisepsis zu üben, sondern auch die Haut durch 24stündige Behandlung mit grüner Seife, heifsem Wasser und Alkohol vorzubereiten;

die sogenannte Knopflochmethode (Knüpfen der Nähte nach 48 Stunden und Liegenlassen eines Drains am unteren Winkel der Wunde) hat er in den meisten Fällen als die beste Operation der Hydrocele gefunden.

In der Diskussion sind die meisten Redner bezüglich Verwerfung jeglicher Injektionen einig, GRANT jedoch glaubt, daſs die Injektion von Karbolsäure stets in erster Linie versucht werden solle, vorausgesetzt, daſs der Hoden nicht erkrankt und das Skrotum nicht degeneriert ist; in 60 % der Fälle wird diese Methode zum Ziele führen. Infektion hält GRANT eher nach der Knopflochmethode für möglich, wenn die Nachbehandlung nicht mit groſser Sorgfalt ausgeführt wird. ROBERTS hingegen rühmt letztere als sehr erfolgreich, VAURE kann sich mit der Anwendung der grünen Seife nicht einverstanden erklären, da sie oft schädlich wirke, und empfiehlt statt derselben eine milde, weiſse (die sogenannte kastilianische) Ölseife.

Stern-München.

Über einen Fall von Orchitis malarica, von SOMNI. (*Riv. critica di Clin. med.* 1905. Nr. 5.) Ein 18jähriger Bursche mit Malariafieberanfällen begann im Verlaufe dieser Anfälle an heftigen Unterleibsschmerzen, die in die Hodengegend ausstrahlten und sich bei jedem Fieberschub wiederholten, zu leiden; bei einem der letzten konstatierte man eine ziemlich beträchtliche Anschwellung des Hodens, während der Nebenhoden unversehrt blieb. Wegen dieser wiederholten Koinzidenz und weil alle anderen Ursachen ausgeschlossen werden konnten (Carcinom, Tuberkulose, venerische Affektionen) stellte der Verfasser die Diagnose Orchitis malarica. Chinin wirkt in diesen Fällen nicht. Diese Lokalisation der Malariainfektion auf den Hoden ist selten, ist aber schon von anderen Autoren beobachtet worden. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von chronischer Entzündung der Samenbläschen, Entfernung derselben und Heilung, von BRANSFORD LEWIS - St. Louis (*St. Louis Courier.* April 1905.) Häufiger Harndrang, Schmerzen in der linken Leistengegend und im linken Hoden waren bei dem 38jährigen Patienten seit sechs Jahren, wo er eine Blennorrhoe akquiriert hatte, vorhanden; Striktur bestand keine, der Urin war klar in beiden Portionen, kein Ausfluſs. Bei der rektalen Untersuchung zeigten sich die Samenbläschen auf Druck sehr empfindlich und wurden einige Tropfen milchig-weiſser Flüssigkeit ausgepreſst; dieselbe enthielt keine Gonokokken, keine Tuberkelbazillen, aber andere Kokken und Bakterien in mäſsiger Menge. Massage, Irrigationen in den hinteren Teil der Harnröhre, Faradisation und Galvanisation konnten die in den Rücken ausstrahlenden Schmerzen nicht beseitigen, bis sich L. zur operativen Entfernung der Vesiculae seminales entschloſs. Die Operation wurde durch einen umgekehrten L - Schnitt am Perineum und links vom Anus eingeleitet, die Samenbläschen zum groſsen Teil ausgelöst, ein Restteil mit der Curette entfernt; die Heilung ging nach Naht und Drainage glatt von statten, so daſs Patient nach drei Wochen völlig geheilt war und von seinen Beschwerden nun befreit blieb. *Stern-München.*

Über Spermatorrhoe und deren Behandlung, von PAUL EMIL LÉVY - Paris. (*La presse méd.* 1905. Nr. 83.) Die Spermatorrhoe beginnt gewöhnlich mit nächtlichen Pollutionen während des Schlafes; diese sind begleitet von erotischen Träumen, Wollustgefühl; das Sperma hat sein normales Aussehen. Allmählich treten diese Pollutionen häufiger auf, selbst ohne Träume und ohne das Gefühl der Wollust. Schlieſslich stellen sich Samenergüsse auch am Tage ein und zeigen sich bei der Defäkation ohne irgendwelche Erregung, ohne Wollustgefühl, selbst ohne Erektion des Gliedes. Um dieses Leiden zu behandeln, ist die Hauptsache die psychische Einwirkung auf den Kranken, welche, in richtiger Weise von Fall zu Fall angewandt, die besten Erfolge zeitigt. Man muſs den Kranken von schlechter Lektüre abhalten

eventuelle schlechte Gewohnheiten (Onanie) ihm im moralischen Sinne abgewöhnen und ihm eine bessere Willenskraft zu verschaffen suchen, selbstredend ihm dabei die richtige Diät vorschreiben, ihm raten, nicht auf dem Rücken zu schlafen, abends wenig zu essen und eine richtige Kaltwasserbehandlung mit Bädern und Waschungen empfehlen. Jedenfalls ist die psychische Behandlung die Hauptsache, der Kranke mufs nicht nur absolutes Vertrauen zu seiner Heilung haben, sondern auch vernünftig erzogen werden, wie man überhaupt das Hauptgewicht auf die Behandlung des Nervensystems legen mufs. Eine Behandlung nach der Schablone ist hier am allerwenigsten am Platze, vielmehr mufs eine individuelle psychische Therapie Platz greifen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

c. *Prostata.*

Über die Verteilung des elastischen Gewebes in der Prostata des Menschen und der Tiere, von Cosentino. (*Anatom. Anzeiger.* 1905. Nr. 11 u. 12.) Bei Hunden und Katzen umgibt die Prostata die ganze Harnröhre, weshalb dort ähnliche Verhältnisse in bezug auf den Verlauf der Samengänge bestehen wie beim Menschen; bei den übrigen Tieren liegt die Drüse ausschliefslich der Dorsalfläche der Urethra an, so dafs der gröfste Teil der Prostata vom Verlaufe der Ducti ejaculatorii und der Urethra vollständig unabhängig ist. Die grofse Masse der elastischen Fasern ist bei dieser zweiten Kategorie von Tieren um die Ducti ejaculatorii, die Drüsenausführungsgänge herum verteilt, von wo sie sich auf die medianen und die lateralen Partien der Prostata verteilen, indem sie dem Verlaufe jener Ducti folgen. Die mehr oder weniger reichliche Verteilung von elastischem Gewebe bei den verschiedenen Tieren kann der Drüse eine Veränderung in der acinösen Struktur verleihen. So sind beim Ochsen, wo das elastische Gewebe sehr reichlich ist, die Drüsenacini klein und das Drüsengewebe erscheint kompakter als z. B. beim Schwein mit an elastischen Fasern spärlichem, interstitiellem Stroma, grofsen Acinis und weicher Konsistenz der Drüse. Die Häufigkeit ischurischer Beschwerden beim Menschen erklärt sich aus jenen anatomischen Beziehungen der Prostata zur Urethra, und ist anzunehmen, dafs dieselben auch beim Hunde und der Katze bestehen müssen. *C. Müller-Genf.*

Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie, von Heinrich Mohr-Bielefeld. (*Die med. Woche.* 1905. Nr. 17.) Bei der Frage, ob ein chirurgischer Eingriff bei Prostatahypertrophie am Platze ist, mufs in erster Linie der Zeitpunkt bei der Entwicklung des Leidens festgestellt werden, der sich zur Operation eignet. Die Indikation sollte nie als eine dringende angesehen werden, sondern immer durch eine geeignete Vorbehandlung der Kranke in günstigere Bedingungen für die Operation gebracht werden. Die wichtigsten Faktoren für die Frage, ob radikal operiert werden soll, sind die Beschaffenheit der Nieren und das Allgemeinbefinden. Die Art der Urinretention kann die Anzeige zur Operation bilden, dieselbe ist nicht abhängig von der Gröfse der Drüse. Gegenindiziert ist die Operation bei schweren Eiterungen in der Prostata, bei akuter Niereninfektion, bei latenter Urämie, schwerer Pyelonephritis und schweren Infektionen des Harnapparates, ferner bei hochgradiger Schwäche, schweren inneren Erkrankungen, Diabetes, Myokarditis, Schrumpfnieren, Arteriosklerose. Die einzelnen Operationsverfahren haben ihre Vor- und Nachteile, keine ist ein Allgemeinheilmittel der Prostatahypertrophie, sondern jede hat ihre besonderen Indikationen. Die Vasektomie und Kastration wird seit Einführung der Bottinischen Operation seltener angewendet, die Frage lautet mehr, ob man die Bottinische Operation mit der perinealen Prostatektomie oder die Freyersche der transvesikalen Ausschälung der Drüse gebrauchen soll. Die Indikationen zur Prostatektomie kann man in folgender Weise

formulieren, sie ist notwendig: 1. bei Kranken, deren Drüse durch die Harnröhre infolge einer Striktur unzugänglich ist, 2. wenn eine Drainage der Blase erforderlich ist, 3. wenn Niereninfektion durch Überdehnung oder Infektion der Blase besteht, 4. bei gleichzeitigen Blasensteinen, 5. wenn die Masse der Prostata sehr groſs ist, also bei den groſsen weichen Formen. In allen diesen Fällen ist allein durch Entfernung der Drüse Heilung zu erzielen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Unblutige perineale Prostatektomie unter Lokalanaesthesie, von Martin B. Tinker - Ithaka. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 11. Febr. 1905.) Die perineale Prostatektomie läſst sich zu einer fast schmerzlosen und unblutigen Operation gestalten, wenn man die Nervi pudendi communes, deren Fasern hauptsächlich das Gebiet des Perineum versorgen, anästhesiert. Die Nerven sind nach vorn und innen von der Tuberositas ossis ischii leicht zu treffen. In die Nervenstämme selbst wird eine Lösung von 1 : 200 Eucain injiziert, nachdem zuvor die Haut oberflächlich mit einer schwächeren Lösung (1 : 500 Eucain mit Zusatz von Adrenalin 1 : 120000) infiltriert worden ist; auch die Haut des Dammes selbst wird mit dieser schwachen Lösung infiltriert. Verfasser hat bei zwei Patienten, deren Allgemeinzustand ein sehr schlechter war, die Operation mit gutem Erfolge durchgeführt. Die längere Dauer der Operation wird reichlich aufgewogen durch die Vermeidung der Narkose und des Blutverlustes. Nur bei sehr empfindlichen Patienten ist es ratsam, bei den etwas schmerzhaften Manipulationen in der Tiefe bei Ausschälung der Prostata Lachgas- oder leichte Äthernarkose anzuwenden. *A. Loewald-Kolmar.*

Konservative perineale Prostatektomie, von Hugh H. Young - Baltimore. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 4. Febr. 1905.) In Ergänzung einer früheren Veröffentlichung (vgl. Ref. *Monatsh.* Bd. 39, S. 51) berichtet Verfasser über 50 Fälle, die er nach seiner Methode operiert hat. Das Prinzip der Methode besteht darin, durch Stehenlassen einer medialen Gewebsbrücke bei der Ausschälung der Prostata die die Urethra und die Ductus ejaculatorii zu schonen. Die Methode hat sich für alle Fälle verwendbar erwiesen, sogar bei sehr hochgradiger Hypertrophie des mittleren Lappens. Bei schmalem Mittellappen wird statt des Prostatatraktors besser der linke Zeigefinger dazu verwandt, die Prostata in die Wunde hineinzudrücken. Sind Steine in der Blase, so hat Verfasser die linke Seitenwand der Urethra bis zum Blasenausgang mit der Schere eröffnet und durch diese Öffnung die Steine entfernt; nachfolgende Naht der Harnröhre war nicht nötig, nur Einführung des Dauerkatheters und Tamponade. — Die Operation kann auch bei sehr alten Patienten ausgeführt werden; auch Nierenleiden bilden keine Kontraindikation, da sich durch spinale Kokainisierung vollkommene Anästhesie erzeugen läſst, so daſs Narkose nicht nötig ist. Geschwächte Patienten können durch „interne Hydrotherapie“ (flüssige Diät, Infusionen und Klystiere von Kochsalzlösung) für die Operation vorbereitet werden. Die Cystoskopie vor der Operation ist von groſsem Werte zur Feststellung der Art und Gröſse der Hypertrophie, von Steinen, Tumoren und Divertikeln der Blase. Bei der Nachbehandlung legt Verfasser auf folgende Punkte besonderen Wert:

1. Einverleibung reichlicher Flüssigkeitsmengen innerlich, subcutan und per rectum.

2. Aufsetzen möglichst schon am zweiten Tage, Verlassen des Bettes am vierten Tage, baldiges Umhergehen.

3. Frühzeitige Entfernung von Gaze und Drains; nur an den ersten beiden Tagen kontinuierliche Blasenspülungen.

4. Keine instrumentelle Nachbehandlung, da der Dauerkatheter und die Dehnung durch Sonden die Hauptursachen der Epididymitis sind. Zur Erhöhung der Blasenkapazität ist zuweilen Dehnung durch hydraulischen Druck notwendig.

Todesfälle in unmittelbarem Anschluſs an die Operation hatte Verfasser bei 50 Fällen überhaupt nicht zu beklagen. Ein 72jähriger Patient starb vierzehn Tage nach der Operation an Lungenembolie, ein 82jähriger Patient vier Wochen nach der Operation an Altersschwäche. Von den übrigen gebraucht keiner mehr den Katheter. Die meisten haben überhaupt keinen Residualharn, das Höchstmaſs beträgt 35 ccm. Zehn Patienten, bei denen Kontraktion der Blase bestand, klagten nach der Operation über häufigen Harndrang. Durch Dehnung mit Wasser kann die Kapazität der Blase erhöht werden; indessen darf mit den Dehnungen erst etwa sechs Wochen nach der Operation, wenn die Fistel fest geschlossen ist, begonnen werden; sie sind übrigens sehr schmerzhaft. — Von 48 Patienten berichteten 22 über Erhaltensein der sexuellen Fähigkeiten, 10 gaben Schwächung an, 7 waren schon vor der Operation impotent, von den übrigen waren Notizen nicht zu erhalten. Jedenfalls war es in einem groſsen Teil der Fälle gelungen, die Potenz zu erhalten. Nur in drei Fällen blieb eine etwas hartnäckige Fistel zurück; in den meisten Fällen war die Wunde nach drei Wochen ganz oder bis auf eine stecknadelkopfgroſse Öffnung geschlossen. Um den Verschluſs der Fistel zu beschleunigen, hat Verfasser sich mit Erfolg eines „Fistelbohrers“ bedient, der in die Fistelöffnung hineingebohrt wird und, wenn er herausgezogen wird, alle schlechten Granulationen mit herausnimmt. — In vier Fällen kam es zur Bildung einer Mastdarmfistel, wie Verfasser annimmt, durch Decubitus wahrscheinlich infolge zu starken Druckes des Prostatatraktors oder durch zu starke Tamponade. Seitdem Verfasser nur die seitlichen Höhlen der Wunde leicht tamponiert und die abgelösten Musculi levatores wieder vor das Rektum bringt, ist ihm dies Malheur nicht wieder passiert, und er glaubt, daſs es bei vorsichtigem Operieren vermeidbar sein muſs. — Incontinenz blieb nur in zwei Fällen in ganz geringem Grade zurück. In sechs Fällen, die durch Cystitis kompliziert waren, kam es zu einseitiger Epididymitis; bei fünf von ihnen blieb trotzdem die sexuelle Kraft erhalten. — Nach diesen Erfahrungen hält Verfasser seine Methode für die beste zur Beseitigung der Prostatahypertrophie. *A. Loewald-Kolmar.*

In der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen in Düsseldorf spricht Heusner-Barmen über **Prostatotomia infrapubica.** Heusner hat in einem Falle zur Beseitigung der Prostatahypertrophie den Weg von vorne her unter dem Schambogen gewählt. Nach Abtrennung aller an der Symphyse und den unteren Schambeinrändern befestigten Gebilde wurde durch Abmeiſselung dieser Knochenteile der Weg zur Prostata freigelegt, die Urethra prostatica auf einem Metallkatheter gespalten und die vergröſserten Prostatalappen teils durch völlige Entfernung, teils durch Exzision keilförmiger Stücke verkleinert; Naht der Prostata und der Hautwunde, Drainage, Einlegung eines Dauerkatheters. Völlige Heilung der Wunde und Entfernung des Dauerkatheters in der fünften Woche, von da ab spontane Harnentleerung, 90 ccm Residualharn. Die Operation muſste wegen des Auftretens von Collapserscheinungen zweizeitig gemacht werden; die Blutung war nicht unbeträchtlich. Dieses Verfahren soll vor dem oberen Blasenschnitt die bessere Übersichtlichkeit und Zugänglichkeit des Operationsfeldes sowie die günstigen Abfluſsverhältnisse vor der perinealen Prostatektomie die gröſsere Entfernung der Wunde von der Infektionsquelle des Afters und die leichtere Vermeidbarkeit von Verletzungen der Ductus ejaculatorii und das Rektum voraus haben. (Die zahlreichen Veröffentlichungen in der amerikanischen Literatur lassen wohl kaum einen Zweifel daran, daſs sowohl der suprapubische als namentlich der perineale Schnitt dem Verfahren Heusners weit überlegen ist, sowohl was die Ausführung der Operation betrifft als hinsichtlich der Einfachheit der Nachbehandlung und hinsichtlich des Enderfolges. Referent.) (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 11.) *A. Loewald-Kolmar.*

Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage, von C. Posner und L. Rapoport - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 13) Das normale Sekret der menschlichen Prostata ist eine „dünne Milch", die sich mikroskopisch als eine Aufschwemmung kleinster Kügelchen in einem eiweifshaltigen Fluidum charakterisiert. Diese Kügelchen bestehen aus Lecithin, einem fettartigen Körper, und bilden den eigentlich spezifischen Bestandteil. Bei Entzündungen verschwinden die Lecithinkörnchen; ihr Vorhandensein oder Fehlen ist also von grofser diagnostischer Bedeutung. Es fragt sich: Wo ist in der Norm der Ursprung der Kügelchen zu suchen und wo bleiben sie bei Entzündungen? Die Untersuchungen der Verfasser haben folgendes ergeben: Das Lecithin wird in der Prostata, ebenso wie das Milchfett der Mamma, seitens der Epithelien sezerniert und dem Drüseninhalt beigemischt. Ist der Abfluſs des Sekrets gehemmt, so erfolgt eine Leukocyteneinwanderung, und die Leukocyten nehmen das Lecithin durch Phagocytose auf. Ein Teil der Fälle von chronischer Prostatitis beruht einfach auf solcher Sekretstauung (Retentionsentzündung), es sind das diejenigen Formen, welche einer mechanischen Therapie die günstigsten Aussichten bieten.

In der Diskussion zu diesen im Verein für innere Medizin zu Berlin vorgetragenen Ausführungen stimmen Benda und Fürbringer den Verfassern bezüglich der Absonderung des Lecithins vollkommen bei. Den Vergleich mit der Collostrumbildung hält Benda für durchaus zutreffend. Fürbringer erinnert daran, daſs in manchen Fällen der Prostatasaft als solcher sich kennzeichnet durch das Vorhandensein ganzer Fetzen von Drüsenschläuchen, die nur aus der Prostata stammen können. Die Erfahrungen Posners über Prostatitis ohne Infektion bestätigt Fürbringer gleichfalls; namentlich kommen Traumen als ursächliche Momente in Betracht, weniger sexuelle Exzesse, zuweilen Gicht. Seine frühere Behauptung von der Seltenheit der Prostatitis hält F. nicht mehr aufrecht; er gibt zu, daſs die Prostatitis meist ohne Prostatorrhoe verläuft, aber nur die partiellen Prostatitisformen.

A. Loewald-Kolmar.

Bemerkungen zu dem Aufsatz der Herren Posner und Rapoport: „Prostatasekret und Prostatitis" in Nr. 13 dieser Wochenschrift, von Alfred Rothschild-Berlin.

Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen, von C. Posner. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 23) Diskussion über die Frage, ob die Prostatahypertrophie, wie Rothschild meint, entzündlichen Ursprungs ist, oder ob erst, wie Posner und Rapoport glauben, die durch die Hypertrophie bedingten Sekretstauungen die Veranlassung zu entzündlichen Prozessen werden. *A. Loewald-Colmar.*

Über Knochenmetastasen im Verlaufe des Prostatacarcinoms, von E. D. J. Davrinche (*Thèse de Lille.* 1903. Nr. 184.) Knochenmetastasen sind eine nicht seltene Begleiterscheinung des Prostatacarcinoms; die Diagnose wird durch die geringen Erscheinungen am primären Krebsherd sehr erschwert.

Fritz Loeb-München.

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Dyspeptische Störungen im Verlaufe der Nierenentzündung, von G. Tánago. (*El Siglo medico.* 1905.) Verfasser hat häufig beobachtet, wie im Verlaufe von Nierenaffektionen (Pyelitis usw.) Verdauungsstörungen konstatiert wurden, die in ihrer richtigen Ursache verkannt und entsprechend irrationell behandelt wurden. Er empfiehlt deshalb aufs dringendste, in jedem Falle von sog. nervöser Dyspepsie die Nieren und den Harn genau zu untersuchen. *C. Müller-Genf.*

Klinische Studie über den cystoskopischen Ureterenkatheterismus, seinen diagnostischen und therapeutischen Wert. Katheterismus und Separation, von P. E. Fontanilles. (*Thèse de Lyon.* 1904.) Der Ureterenkatheterismus wird in Frankreich noch recht wenig in Anwendung gebracht. Die Chirurgen, mit Ausnahme der französischen, ziehen ihn der endovesikalen Urinseparation vor.

Fritz Loeb-München.

Über habituelle Oligurie und reichliche Flüssigkeitszufuhr, von R. Rohde. (*La Presse méd.* 1905. Nr. 35.) Verfasser gibt eine Übersicht über die Arbeiten, welche sich mit dem Einfluss von Flüssigkeitsmengen in bezug auf den menschlichen Gesundheitszustand beschäftigen. Je geringer die Flüssigkeitsmenge, um so konzentrierter, eiweifshaltiger und phosphorreicher wird der spärliche Urin. Der Grund, dafs manche Menschen wenig Flüssigkeiten zu sich nehmen, liegt teils an Mangel von Durst, teils an Patienten, die an Verengerungen oder Erweiterung des Magens leiden und daher ihren Verbrauch an Zufuhr einschränken, teilweise sind es auch neuropathische Menschen, welche sich einbilden, durch Wassertrinken krank zu werden. Nun zeigen aber die Versuche der verschiedensten Forscher, dafs es nützlich ist, täglich etwa zwei Liter Flüssigkeit zu nehmen, und dafs gerade dadurch die Verdauung und das Allgemeinbefinden ein besseres ist, und die Zusammensetzung des Urins die normalste ist, ohne dafs man irgendeine Schädigung des Organismus durch Einführung gröfserer Flüssigkeitsmengen bemerkt. Natürlich soll dieses keine Empfehlung des Alkoholismus sein, sondern man soll solche Flüssigkeiten geniefsen, die zum Leben nützlich sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

In der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn (Sitzung am 12. Dezember 1904) spricht J. Strassburger über **den qualitativen Nachweis des Zuckers im Urin nach W. S. Haines.** Vorteile der in Amerika eingebürgerten Probe sind: 1. Anwendung einer der Fehlingschen ähnlichen Lösung, die aber in einer Flasche längere Zeit aufbewahrt werden kann, ohne zu verderben. 2. Starke Verdünnung des Urins, wodurch andere reduzierende Substanzen als Zucker in der Regel unschädlich gemacht werden. Die Lösung wird wie folgt hergestellt: 2 g reinen Kupfersulfats werden in 15 ccm destilliertem Wasser gelöst, 15 ccm reines Glycerin hinzugefügt, das Ganze mit 150 ccm 5%iger Kalilauge gemischt. Zum Gebrauch erhitzt man 4 ccm der Lösung zum Kochen, setzt einige Tropfen Urin hinzu und kocht wieder. Bei Anwesenheit von viel Zucker tritt rasch der rote oder gelbe Niederschlag ein. Ist wenig Zucker vorhanden, so kann man bis zu zehn Tropfen Urin verwenden und zwei Minuten kochen. Die Probe ist sehr bequem und namentlich bei konzentrierten Urinen etwas empfindlicher als die Trommersche Probe. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 15.) *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Fall von Cyanose und superfizieller Gangrän bei Hämoglobinurie, von Wilhelm Kraft. (Inaug.-Diss. Zürich 1902/03.) *Fritz Loeb-München.*

e. *Labien, Vagina usw.*

Cysten der Bartholinischen Drüsen mit kurzen Bemerkungen über die Anatomie der normalen Drüsenstruktur, von Thomas S. Cullen-Baltimore. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 21. Jan. 1905.) Die Arbeit enthält nichts Neues.

A. Loewald-Kolmar.

Über das Vulvacarcinom, von Adolf Goldschmidt. (Inaug.-Diss. Leipzig 1902.)

Fritz Loeb-München.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über Febris blennorrhoica acutissima sprach BLINDREICH in der Gesellschaft praktischer Ärzte zu Riga (Sitzung vom 15. Oktober 1903). Der Vortrag ist in den *Monatsheften* (Bd. 39. S. 483) bereits referiert. In der Diskussion wird die Richtigkeit der Diagnose in dem vom Vortragenden mitgeteilten Falle von allen Seiten angezweifelt und vermutet, dafs es sich um ein „Harnfieber" gehandelt habe. So kurz vorübergehende leichte Komplikationen wie in dem Falle des Vortragenden als Febris blennorrhoica acutissima zu bezeichnen, liegt keine Berechtigung vor. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 45.) *A. Loewald-Kolmar.*

Universelle Gonokokkeninfektion, von W. H. WYNN-Birmingham. (*Lancet.* 11. Febr. 1905.) Verfasser berichtet ziemlich ausführlich über drei Fälle von tödlich verlaufener pyämischer Infektion mit Gonokokken bei Männern im Alter von 19 und 24 Jahren. Bei dem einen Patienten wurden intra vitam die Mikroorganismen im Blute nachgewiesen, bei dem zweiten sogleich nach dem Tode, und bei diesem sowie bei dem dritten Fall fand man dieselben im Urethralsekret und in verschiedenen pathologischen Gebilden post mortem. Bei allen drei waren die Vesiculae seminales affiziert. Als eine grofse Seltenheit wurden bei zwei der Kranken subcutane blennorrhoische Abscesse konstatiert. Zur Herstellung von Reinkulturen hat sich dem Verfasser Blutagar als der zweckmäfsigste Nährboden erwiesen. Es empfiehlt sich, mindestens ein ccm Blut mit einer sterilen Spritze dem Patienten aus der Vene zu entnehmen und die Platten reichlich zu beschicken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Gonokokkensepsis der Neugeborenen, von CARL BREHMER-Solingen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 2.) Bei dem neugeborenen Kinde einer tripperkranken Mutter waren Augeneinträufelungen nach CREDÉ erst am zweiten Tage vorgenommen worden. Es entwickelte sich eine Ophthalmoblennorrhoe, die, als das Kind am neunten Tage in Behandlung kam, schon sehr weit vorgeschritten war. In den folgenden Tagen stellten sich Anschwellungen beider Fufsgelenke und des linken Ellenbogengelenks ein; das Kind starb am 16. Tage. Die Sektion zeigte das linke Ellenbogengelenk erfüllt von dickem, gelbem, rahmigem Eiter, der mikroskopisch Gonokokken und andere Kokken enthielt. Es handelte sich also um einen Fall von Mischinfektion; die Ursache für den schweren Verlauf ist wohl in der Vernachlässigung der Augenaffektion zu suchen. *A. Loewald-Kolmar.*

Über Gonokokken im Blut bei Polyarthritis blennorrhoica, von A. DIGGELMANN. (Inaug.-Dissert. Zürich 1902/1903.) *Fritz Loeb-München.*

Der Gonococcus in der Vulvovaginalgegend, von HERMANN J. BOLDT-New York. (*New York Journ.* 8. April 1905.) B. hält die Prognose der blennorrhoischen Vulvovaginitis für eine sehr günstige, wenn die Behandlung frühzeitig begonnen wird, und glaubt, dafs dann in vollen 95% der Fälle der Übergang der Infektion auf Uterus u. s. f. verhütet werden kann. Die Behandlung bestehe in geeigneter Diät, peinlicher Sauberkeit und der lokalen Irrigation der Vagina mit starken Lösungen der Silbereiweifssalze. Die Urethra sollte, nachdem Patientin uriniert hat, in ähnlicher Weise mit 25%iger (sic! Ref.) Lösung behandelt werden, und zwar vermittels einer Art Intrauterinkatheters, wofür B. ein eigenes Modell konstruiert hat. Wird täglich in dieser Weise die Behandlung ausgeführt, so fand BOLDT in zehn Tagen (!) und weniger die Gonokokken verschwunden. Wenig in Einklang mit diesen Erfolgen steht die frühere Behauptung B.s, dafs man noch in späteren Stadien der Blennorrhoe bei 75% der Fälle in der Harnröhre Gonokokken findet, wenn Patientin ihren Urin drei Stunden und länger zurückhält und wenn man das Sekret dann von hinten nach dem Meatus zu streift. *Stern-München.*

Versuche der Überimpfung von Gonokokken auf die kleinen Laboratoriumstiere und Versuche einer Serotherapie, von Moskalew. (*Russki Wratsch.* 1905. Nr. 9.) Verfasser resümiert seine Versuche in folgenden Sätzen:

1. Die besten Nährböden für Gonokokken sind diejenigen von Wassermann, Werthheim und Kiefer, von denen der letztere hinsichtlich der Herstellung am bequemsten ist.

2. Die Gonokokken haben auf Kaninchen bei Einführung derselben unter die Haut wie in die Bauchhöhle eine krankheitserregende Wirkung.

3. Ebenso erweisen sich die Gonokokken krankheitserregend für weifse Mäuse, und zwar mit tödlichem Ausgang bei Einführung derselben in die Bauchhöhle. Weifse Mäuse zeigten sich überhaupt als bestes Tierobjekt bei den Untersuchungen über die Wirkung der Gonokokken.

4. Die Wirkung der Gonokokken auf die verschiedenen tierischen Gewebe kommt durch das aus den Gonokokkenleibern freiwerdende Toxin zustande. Dieses wirkt chemotaktisch auf die weifsen Blutkörperchen, ruft in den einen Geweben eine sterile Eiterung hervor, in den anderen (Peritoneum) seröse Ausscheidungen durch Wirkung auf die Gefäfse und auf die Zellen.

5. Das Serum von immunisierten Kaninchen besitzt bis zu einem gewissen Grade vorbeugende und heilende Eigenschaften für weifse Mäuse.

Arth. Jordan-Moskau.

Über den kulturellen Nachweis des Gonococcus und seine diagnostische Bedeutung, von F. Jeckstadt. Aus der k. Universitäts-Poliklinik in Königsberg. (Inaug.-Dissert. Königsberg 1904.) Verfasser berichtet zunächst über die mannigfachen Arbeiten auf dem Gebiete der Gonokokkenzüchtung und geht dann zu einer Besprechung eigener Untersuchungen über. Danach ist der zuverlässigste Nährboden nur ein solcher mit Ascitesflüssigkeit. Nächst ihm ist sehr brauchbar der Wassermannsche Nährboden, welcher jederzeit leicht beschafft und hergestellt werden kann. Der Thalmannsche ist nicht zuverlässig bei der Anlegung von Stämmen, noch weniger jedoch geeignet zur Fortzüchtung. Nachdem Verfasser durch seine Versuche zu dem Resultat gekommen war, dafs der allgemein als beste anerkannte Nährboden für Gonokokkenzüchtung derjenige mit Beimischung von menschlichen serösen Flüssigkeiten zu Fleischwasseragar ist, suchte er festzustellen, inwieweit das Kulturverfahren auf diesem vortrefflichen Nährboden zu diagnostischen Zwecken herangezogen werden kann. Untersucht man akute, in Behandlung stehende Blennorrhoefälle sowie subakute oder chronische Fälle von Blennorrhoe, parallel kulturell und mikroskopisch, so übertrifft die kulturelle Untersuchung die mikroskopische an Sicherheit. Bei systematischer wiederholter Untersuchung derartiger Fälle nach Aussetzen der Behandlung sowie bei Zuhilfenahme des Provokationsverfahrens macht sich diese Überlegenheit des kulturellen Verfahrens bezüglich des Schlufsresultates jedoch nicht geltend, denn bei Anwendung jeder dieser beiden Untersuchungsmethoden erhielt Verfasser schliefslich immer das gleiche Endresultat. Die Anwendung der Kulturmethode ist bei der Entscheidung der Frage, ob eine chronische Urethritis noch infektiös ist, d. h. ob der betreffende Patient noch Gonokokken beherbergt, zwar empfehlenswert, da sie im allgemeinen schneller zu einem sicheren Resultat führt, doch ist ihre Anwendung nicht unbedingt erforderlich. Eine nur einmalige kulturelle Untersuchung genügt jedoch nicht, sondern auch bei Anlegung der Kultur ist eine öftere Wiederholung der Untersuchung unter verschiedenen Bedingungen durchaus erforderlich. *Fritz Loeb-München.*

Beziehungen zwischen Meningococcus und Gonococcus, von Pinto. (*Rif. med.* 1905. Nr. 7.) Nach der Ansicht des Verfassers sind diese beiden Kokken als Varietäten derselben Spezies zu betrachten. Ihre verschiedene pathogene Wirkung

beim Menschen rührt hauptsächlich von einer verlängerten Anpassung an verschiedene Regionen des Organismus her. *C. Müller-Genf.*

Über die Rolle des Gonotoxins in der Entstehung blennorrhoischer Erkrankungen, von Zdzislaw Sowinski. (*Przeglad lekarski.* 1904. Nr. 41—45.) Die Arbeit hatte zur Aufgabe die Erklärung der Pathogenese chronischer blennorrhoischer Prozesse. Zu diesem Behufe hat Verfasser eine Reihe von Experimenten an Tieren (Kaninchen) angestellt, die zu folgenden Resultaten führten:

1. Die Injektion des Gonotoxins unter die Haut, in die Höhlen der Uterushörner und manchmal auch in die Bauchhöhle der Tiere kann die Entstehung von Eiterherden zur Folge haben.

2. Die Gonokokkenkörper und die Filtrate ihrer flüssigen Kulturen besitzen sehr schwache pyogene Eigenschaften.

3. Die vergleichenden Experimente mit aus der Ascitesbouillon gefällten Serumeiweifs beweisen, dafs dieser Körper weder lokal eitererregend noch allgemein wirkt.

4. Das Sterilisieren der Kulturen schwächt ihre pyogenen Eigenschaften ab.

5. Das Gonotoxin scheint in dem Organismus zu zerfallen; die Eiterherde, welche durch dasselbe in den abgeschlossenen Uterushörnern hervorgerufen waren, neigten zur Resorption im Laufe der Zeit.

6. Das Gonotoxin schwächt die Widerstandsfähigkeit der Gewebe bedeutend ab.

7. Die eitererregenden Bakterien (Streptococcus albus, Bacterium coli und Bacillus pyocyaneus) können den blennorrhoischen Prozefs in die Länge ziehen, wobei sich ihre Giftigkeit verstärkt.

8. Die Fälle von chronischen blennorrhoischen Prozessen können nicht durch Einwirkung des Gonotoxins, das sich z. B. im abgeschlossenen Raume der Eileiter ansammelt, ohne Vorhandensein lebendiger Gonokokken erklärt werden. Zur Entwicklung chronischer Blennorrhoe ist entweder das Vorhandensein lebendiger Gonokokken notwendig, oder der Prozefs kann durch eitererregende Bakterien unterhalten werden, doch verliert er in diesem Falle seinen spezifischen Charakter.

Leon Feuerstein - Lemberg-Bad Hall.

Über die Wechselbeziehungen zwischen Bakterien und Zellen in der Morphologie des blennorrhoischen Sekrets, von R. Drobinsky. (Inaug.-Dissert. Berlin 1903.) Morphologische Studien über die Granula phagocytischer Zellen. Besprechung der Elemente des blennorrhoischen Eiters. Schilderung der pathologischen Erscheinungen der Phagocyten. In dem akuten blennorrhoischen Urethralsekrete, in seinen verschiedenen Stadien kommen folgende organisierte Elemente in Betracht: a) Farblose Blutkörperchen, b) Epithelien. Die ersteren zerfallen in: 1. Kleine Lymphocyten, die ungefähr so grofs wie Erythrocyten sind, bestehend aus einem grofsen Kern und schmalem Protoplasma, welche beide basophil sind. 2. Grofse basophile Lymphocyten. 3. Die bei weitem gröfste Anzahl bilden die multinukleären Leukocyten. 4. Eosinophile Zellen mit schwach färbbarem Kern und grofsen, mit Eosin sich rot färbenden, granulierten Protoplasmakörnern. Sie finden sich in den frühen Stadien der Blennorrhoe und verschwinden allmählich in den späteren. Der erste, der sie im blennorrhoischen Sekret fand, war Neisser. 5. Selten uninukleäre Leukocyten mit einem exzentrisch gelegenem Kern und schwach basophilem Protoplasma.

Zum Schlufs seiner Ausführungen, deren Details im Original studiert werden müssen, gibt Verfasser der Überzeugung Ausdruck, dafs den Granulis eine sehr grofse Rolle auch in den Lebensprozessen der phagocytischen Zellen zukommt.

Frits Loeb-München.

Die Blennorrhoe sonst und jetzt, von E. Finger-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 1.) Ein Rückblick auf die seit Entdeckung des Gonococcus vergangenen 25 Jahre Pathologie und Therapie der Blennorrhoe. *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Frage der Veränderungen des Nervensystems bei Gonokokkeninfektion, von N. E. Osokin. (*Die med. Woche.* 1904. Nr. 50.) Die Nervenerkrankungen bei Blennorrhoe werden in der neuesten Literatur immer häufiger als das Resultat der direkten Einwirkung der blennorrhoischen Affektion auf das Nervensystem betrachtet. Schon Durduffi teilte diese Erkrankungen 1893 in zwei Arten ein: in Neuritiden und Myeletiden, denen Tamcurer noch eine dritte hinzufügte, welche diejenigen Erkrankungen umfafst, die sich durch die aufserordentliche Mannigfaltigkeit des klinischen Befundes auszeichnen. In der Folgezeit wurde über verschiedene Fälle von Affektion des Nervensystems, die auf Blennorrhoe zurückzuführen sind, berichtet, und es befestigte sich die These, dafs die Gonokokken auf das Nervensystem durch ihre Toxine einwirken. Man wandte sich dann dem Experiment zu, nachdem man Gonokokken in Reinkultur und dann deren Toxine erhielt. So untersuchte auch Osokin das Rückenmark von Meerschweinchen, die mit Gonokokkenkulturen infiziert waren, und von anderen, die mit Gonokokkentoxinen vergiftet waren. In manchen dieser Fälle waren die Veränderungen des Rückenmarks bei mikroskopischer Untersuchung sehr bedeutend ausgesprochen, in anderen weniger, z. B. boten in einem Falle die Zellen des Rückenmarks ein sehr ungewöhnliches Bild: die chromatophilen Zellen waren stark zerkleinert, stellenweise geschwunden, der Hintergrund der Zelle bekam bei der Färbung mit Thionin eine bläuliche Färbung, die Kerne waren disloziert, an den Rändern der Zellen zeigten sich Zacken; schliefslich zerfiel das Protoplasma der Zelle vollständig und seine Überreste lagen in Form von homogenen, glänzenden Klümpchen herum. Die Blutgefäfse waren erweitert. In grofser Anzahl waren die sogenannten Neurophagen in Form von Elementen mit gut gefärbtem Kern, die von einem Hof von blassem Protoplasma umgeben waren und häufig in das Protoplasma der Nervenzellen eindrangen, vorhanden; deren Zahl erreichte bisweilen sieben bis zehn Stück. Ganz analoge Veränderungen fand Verfasser bei einigen weiteren Tieren, die sich gleichfalls als für die Gonokokkeninfektion besonders empfänglich gezeigt haben und nach einem relativ kurzen Zeitraum nach Beginn des Experiments zugrunde gegangen sind. Jedenfalls erhielt sich das Nervensystem bei den Versuchstieren keineswegs der Einführung von Gonokokkentoxin gegenüber gleichgültig und liefs im Rückenmark Veränderung der Nervenzellen und phagocytäre Reaktion wahrnehmen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Blennorrhoe in ihren Beziehungen zu den Beckenerkrankungen beim Weibe, von Ely van de Warker-Syracuse N. Y. (*New York med. Journ.* 4. Febr. 1905.) Verfasserin kann den verderblichen Einfluls der Blennorrhoe auf die Beckenorgane, wie er seit Noeggraths Buch im Jahre 1872 festgestellt worden ist, nicht schwarz genug malen. Ihrer Überzeugung nach verursacht der Gonococcus solche Veränderungen in den mukösen Schichten der Genitalorgane, dafs andere Keime, welche gewöhnlich als nicht pathogene vorhanden sind, eine aktive Wirksamkeit annehmen. Nachdem die Blennorrhoe die Schleimhäute von Cervix und Uterus befallen hat, greift sie über auf das Beckenbindegewebe und das Peritoneum; da der Gonococcus aber nur in die oberflächlichen Schichten der Schleimhaut eindringt, so mufs zur Entstehung weiterer Komplikationen, wie Para- und Perimetritis, die Mitwirkung weiterer Keime angenommen werden. Auch bei der Entstehung der Cystitis glaubt van de Warker, dafs es sich um eine Mischinfektion handelt, welche durch eine Blennorrhoe nur eingeleitet wird. Kurz, sie hält sich nach den nun vorliegenden Tatsachen für berechtigt, den Gonococcus für den am meisten Krankheiten hervor-

rufenden aller bekannten Mikroorganismen zu erklären; denn durch seine Eigenschaft, bisher unschuldige Keime in höchst pathogene zu verwandeln, richte er mehr Schaden an als durch seine eigene spezifische Tätigkeit. Ermifst man die dauernden Störungen, welche an Organen und im Allgemeinzustand hervorgerufen werden, so sieht man wohl in dieser allgemein verbreiteten Geschlechtskrankheit eine ernste Gefahr für die Fruchtbarkeit und das Gedeiben einer Nation. *Stern-München.*

Die Diagnose und Behandlung der akuten Beckenperitonitis blennorrhoischen Ursprungs, von Brooke M. Anspach - Philadelphia. (*New York med. Journ.* 25. März 1905.) Es kommt hier vor allem die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis in Betracht; bei dieser ist meist Operation, bei der blennorrhoischen Pelveoperitonitis exspektatives Verhalten (Bettruhe, innerlich salinische Abführmittel, reichliche Einläufe von heifsem Salzwasser, heifse Umschläge) indiziert. Die Anamnese wird in letzterem Falle Fluor albus oder Blasenreizung bald nach der Heirat oder dem suspekten Coitus, Beginn der Scmerzen während oder direkt nach einer Menstruation, Sitz derselben tief im Becken und Anfang der Krankheit mit Übelkeit, Erbrechen usw. feststellen, bei der Appendicitis habituelle Obstipation, Beginn nach irgendeinem Diätfehler, Schmerzen, zuerst im Epigastrium auftretend, und viel ausgesprochener Magendarmstörungen wie bei der blennorrhoischen Becken-Bauchfellentzündung. Bei letzterer gehen die subjektiven Beschwerden unter geeignetem Verhalten in vier bis fünf Tagen vorüber, immerhin kann aber *späterhin* noch eine Operation (infolge von Verwachsungen u. s. f.) nötig werden und auch in solchen Fällen, wo das exspektative Verfahren keinerlei Besserung bringt und Beckenabscesse oder ähnliches zur Operation drängen. Die drei von Anspach angeführten Fälle, bei welchen teils früher, teils später wegen blennorrhoischer Salpingitis operiert wurde, zeigen die Schwierigkeit der Behandlung und des richtig gewählten Zeitpunktes der Operation. *Stern-München.*

Blennorrhoische Infektion bei Kindern, speziell ihr Vorherrschen in Instituten, und Vorbeugungsmafsregeln, von L. Emmett Holt-New York. (*New York med. Journ.* 18. und 25. März 1905.) Auf Grund einer zehnjährigen Erfahrung in Erziehungs- und ähnlichen Anstalten erklärt H. die blennorrhoische Vaginitis für eine in denselben sehr häufige Affektion, welche auch in der privaten Kinderpraxis nichts Ungewöhnliches sei. Aufser der Vaginitis kommen dann noch als Komplikationen die blennorrhoische Augenentzündung und akute Gelenkentzündung in Betracht. In Pensionaten u. ä. m. ist es unmöglich, eine Ausbreitung der Krankheit zu verhüten, wenn die infizierten Kinder nicht sofort strenge von den anderen abgeschlossen werden; dies ist aber nur möglich, wenn man nach dem Eintritt jedes Kindes sofort die mikroskopische Untersuchung des Vaginalsekretes vornimmt. Sollte dies nicht geschehen, so müfste man eine eitrige Absonderung bei Kindern immer als blennorrhoische ansehen und danach handeln. Um wirksam zu sein, müssen die Schutzmafsregeln auch auf das Pflegepersonal ausgedehnt, es müssn die Handtücher, das Bettzeug und andere Wäsche der infizierten Kinder getrennt von der übrigen Wäsche gewaschen werden. Die Gefahr für das Pflegepersonal in bezug auf Ansteckung, speziell der Augen, ist eine ziemlich grofse, und wird es immer noch nicht genügend in dieser Beziehung instruiert. Eine der gröfsten Schwierigkeiten bei der blennorrhoischen Vaginitis besteht in der Notwendigkeit, die Kinder oft lange Zeit isolieren zu müssen, da diese Fälle sehr chronisch in ihrem Verlauf sind und der Behandlung lange widerstehen (sechs bis acht Wochen trotz konstanter lokaler Therapie, welche übrigens bei jüngeren Kindern auf aufserordentliche Schwierigkeiten stöfst). Die Gelenkkomplikation bei Blennorrhoe der Kinder möchte H. genauer als blennorrhoische Pyämie bezeichnen, da die allgemeinen Erscheinungen (hohes Fieber)

meist aufserordentlich stürmische waren. Auffallend war es, dafs von den 26 beobachteten Fällen 19 Knaben und nur 7 Mädchen betrafen. In der Mehrzahl der Fälle sind mehrere Gelenke befallen, die Diagnose ist oft eine schwierige, da grofse Ähnlichkeit mit akutem Gelenkrheumatismus besteht. Letztere Affektion ist aber so selten bei kleinen, unter einem Jahre alten Kindern, dafs man bei derartigen Symptomen immer an einen blennorrhoischen Ursprung denken sollte; denn eine pyämische Arthritis ist, wie H. glaubt, bei kleinen Kindern viel häufiger auf den Gonococcus als den Streptococcus oder irgendeinen anderen Mikroorganismus zurückzuführen.

In der an den Vortrag Holts (in der New Yorker medizinischen Akademie) sich anschliefsenden Diskussion erklärte Koplik, als er an die Spitze der Kinderabteilung des Mount Sinai-Spitals trat, habe er kein einziges Kind frei von dieser Infektion gefunden. Einmal infiziert, sei ein Kind mehr oder weniger für das ganze Leben hindurch geschädigt. Durch strenge prophylaktische Mafsregeln und Isolierung gelang es ihm schliefslich, der Krankheit Herr zu werden. Southworth bestätigte, was Holt u. a. bezüglich der grofsen Verbreitung der Blennorrhoe in den Instituten von New York vorbrachte; er hält es für weit schwieriger, die blennorrhoische Vaginitis zu bekämpfen als Diphtherie, Scharlach usw., da erstere oft nur scheinbar geheilt, latent verläuft und irgend einmal wieder ausbrechen kann. Weeks erklärt die blennorrhoische Conjunctivitis für die häufigste Augenaffektion bei unter drei Jahre alten Kindern; auch er ist überzeugt, dafs es nicht eine Kindererziehungsanstalt in New York gäbe, wo nicht ein oder mehrere Male eine Gonokokkeninfektion geherrscht habe (sic! Ref.). *Stern-München.*

Die Abnahme der Blennorrhoe bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898, von C. Ströhmberg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 5 u. 8.) Seit dem Jahre 1898 ist in Dorpat die mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken bei den Prostituierten eingeführt. Es werden Präparate angefertigt erstens von jeder neu hinzugekommenen Prostituierten, ferner bei den geringsten klinischen Erscheinungen von Blennorrhoe, drittens bei den nach Erfahrung und Beobachtung Verdächtigen, und endlich dreimal im Semester bei jeder ohne Ausnahme. Bei diesem Modus ist das Übersehen einer Blennorrhoe eine grofse Seltenheit. Die Erkrankten werden seit 1902 durchschnittlich einen Monat lang stationär behandelt (Spülungen mit übermangansaurem Kalium und Tamponade von Cervix und Urethra mit Protargol- resp. Ichthyoltampons); weitere Mafsnahmen sind „gesteigerte ambulatorische Behandlung, stetige Mahnung zur Sauberkeit und Weiterbehandlung mit Medikamenten, welche aus dem Ambulatorium unentgeltlich verabfolgt werden, Empfehlung der Mittel zur persönlichen Prophylaxe". Eine Zusammenstellung der Zahlen der seit 1898 in jedem Halbjahr als krank befundenen Prostituierten zeigt, dafs in den Jahren 1898 bis 1900 die Zahl 22 bis 28 % der Gesamtzahl betrug, 1901 32 bis 36 %, 1902 24 bis 25 %, 1903 und 1904 16 bis 20 %. Aus diesen Zahlen schliefst der Verfasser auf eine Abnahme der Blennorrhoe unter den Prostituierten und sieht in ihnen einen Beweis für den Nutzen der Kontrolle. (In der Beurteilung von Statistiken kann man bekanntlich nicht vorsichtig genug sein. Die Zahlen des Verfassers berechtigen keineswegs zu so bestimmten Schlüssen. Im allgemeinen kann man wohl eine Verminderung der Krankheitsziffer aus ihnen herauslesen. Wenn man aber sieht, dafs im ersten Halbjahr 1899 bei einer Zahl von 207 Prostituierten 22 % blennorrhoisch krank waren und im ersten Halbjahr 1904 bei einer Zahl von 213 Prostituierten 20 %, so ist der Unterschied doch so winzig, dafs man mit ihm wirklich nicht gut den Nutzen der Kontrolle beweisen kann. Referent.)

Aus der dem Vortrage folgenden Diskussion ist bemerkenswert, dafs Tebrpson auch bei den Männern selten frische Infektionen zu Gesicht bekommt. Inwieweit

die Prophylaktika zur Verminderung frischer Infektionen beitragen, ist schwer festzustellen. Meyer hält die Zahlen Strömbergs für zu niedrig. Die Diagnose der chronischen Blennorrhoe ist für den Polizeiarzt naturgemäfs besonders schwer, da er es mit Kranken zu tun hat, die immer bestrebt sein werden, ihre Krankheit nach Möglichkeit zu verheimlichen. *A. Loewald-Kolmar.*

Über den Geisteszustand bei Blennorrhoikern, von L. G. C. Ducasse. (*Thèse de Bordeaux.* 1902. Nr. 33.) *Fritz Loeb-München.*

Diagnose und Behandlung der Eheblennorrhoe, von Robert Asch-Breslau. (*Ther. d. Gegenw.* 1904. Nr. 10.) Über nichts täuscht sich selbst der gewissenhafteste Gatte und Hausarzt leichter hinweg, als über die Hartnäckigkeit des selbst auch latenten Fortbestehens der Blennorrhoe in der Ehe. Man mufs es eben auch darauf ankommen lassen, durch ein provokatorisches Verfahren oder durch Untersuchung des Spermas den Gonokokken auf die Spur zu kommen; und dies wird in den meisten Fällen, oft nicht zum geringen Erstaunen, gelingen. Kein Wunder also, wenn sich bei der fortgesetzten Wechselbeziehung der Nährböden der Gonococcus sich immer und immer wieder mit neuer Virulenz ansiedelt. Diese letztere Tatsache zeigte sich am besten in den Folgen der Behandlung einer Uterus-Blennorrhoe mit Curettement; Gonokokken bleiben zurück, um die neu sich bildende und wirklich noch nie infizierte Schleimhaut zu befallen und auf ihr akute Blennorrhoe zu erzeugen. Oder sind die Kokken längere Zeit wieder verschwunden, sind sie trotz Provokation nicht wieder aufgetreten, so genügt oft ein einmaliger Coitus zur Feststellung der bis dahin strittigen Tatsache, bei welchem der Ehegatten die Infektion noch zu suchen ist. A. hat in Fällen, in denen der Gatte von seinem Arzte als kokkenfrei bezeichnet war, dessen noch bestehende Infektiosität dadurch nachweisen können, dafs sich im Sekret der monatelang kokkenfreien Gattin nach einmaligem Coitus sofort wieder Kokken, und zwar zumeist im Sekret der Cervix nachweisen liefsen.

Will man also eine irgendwie nachhaltige Heilung der Blennorrhoe der Ehegatten erzielen, so mufs man neben der Behandlung die ebengenannten Folgen des Coitus ausschalten, und dies erreicht man nicht durch Warnung oder Verbot des Coitus, sondere nur durch Konzession desselben — mit Kondom.

Erst wenn man sich dieser Vereinbarung versichert hat, kann man mit der örtlichen Behandlung der beiden Ehegatten beginnen.

A. empfiehlt auch beim Weibe eine Einspritzung in die Harnröhre, und zwar möglichst oft (drei- bis fünfmal am Tage), und zum örtlichen Auftragen Jodvasogen. Die Untersuchung nach einem Probebeischlafe ergibt am Ende der Behandlung erst die mafsgebende Antwort. Finden sich in den nunmehr entnommenen Präparaten keine Leukocyten, keine Gonokokken, so gestatte man, den ehelichen Verkehr wieder aufzunehmen. Bleiben jetzt beide Teile frei von allen verdächtigen Erscheinungen, hat der Mann lebende Spermatozoen, so kann man sich auch zu konservierenden, restituierenden Operationen, Salpingostomien entschliefsen; aber nur dann!

Arthur Rahn-Colln (Sachsen).

Zur Behandlung der Trippermetastasen des Mannes, von Robert Lucke-Magdeburg. (*Pharmakol. u. Therap. Rundsch* 1904. Nr. 3.) Für das Entstehen von Trippermetastasen ist die Erkrankung der ganzen Urethra Voraussetzung. Daher haben zur Verhütung von Metastasen, Verfahren, welche die ganze Harnröhre in Anspruch nehmen, Berechtigung. Dazu eignet sich in erster Linie das Janetsche Verfahren, das allerdings bei starkem Harndrang kontraindiziert ist. Zu diesen Druckspülungen benutzt man am besten Collargolwasser $^1/_5$ % bis 1 %. Sonst enthält der Artikel nichts Neues. *Putzler-Dansig.*

Ein Fall von extragenitaler Folliculitis blennorrhoica, von Heinrich Jatho. (Inaug.-Dissert. München 1902.) Aus den klinischen und histologischen Tatsachen, die Verfasser über seinen Fall berichtet, ist ersichtlich, dafs es sich um eine wirkliche Folliculitis und Perifolliculitis blennorrhoica handelte, das heifst, um eine Entzündung und Zerstörung des Haarbalges und der dazugehörigen Talgdrüse, mit entzündlicher Infiltration ihrer Umgebung, hervorgerufen durch das Eindringen von Gonokokken. Mit dem aus der Harnröhrenmündung abfliefsenden Sekret sind im beschriebenen Fall an einer Kontaktstelle am Oberschenkel in eine Follikularmündung hinein Gonokokken eingewandert und haben am Ort der Invasion zu einer umschriebenen eitrigen Entzündung geführt. Es gewinnt auf Grund dieses Befundes die Theorie an Boden, nach der es sich für die Folliculitis praeputialis, wenigstens in einem Teil der Fälle, ebenfalls um eine wahre Folliculitis handelt, um eine Entzündung der Talgdrüse. *Fritz Loeb-München.*

Über Orchi-Epididymitis acuta blennorrhoica, von F. Carcy. (*Thèse de Paris.* 1903.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Epididymitis, von Jacob Horwitz. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Pericarditis (blennorrhoica), von F. Huber-New York (*Arch. of Pediat* Dez. 1904.) Nebst einigen allgemeinen Bemerkungen gibt H. einen Bericht über ein Mädchen von 3½ Jahren, welches mit akuter Entzündung des Fufsgelenks sowie des einen Knies aufgenommen wurde und alsbald deutliche Pericarditis und Störungen an den Herzklappen entwickelte. Späterhin wurden im eitrigen Vaginalsekret Gonokokken gefunden. Trotz zeitweilig sehr ernster Allgemeinerscheinungen (intensives Erbrechen) erfolgte schliefslich vollständige Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Endocarditis blennorrhoica, von W. M. Hamilton-Eccles. (*Brit. Med. Journ.* 8. April 1905.) Bericht über einen einschlägigen Fall mit ungewöhnlich bedrohlichen Erscheinungen bei einem 24jährigen Fuhrmann. Unter Digitalin, Sinapismen, Morphium, rektaler Ernährung usw. erholte sich Patient und ist zurzeit, abgesehen von einer Mitralinsuffizienz, völlig gesund und arbeitsfähig.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Blennorrhoische Meningo-Myelitis, von Debove. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 8.) Bei einem 28jährigen Manne, der mehrfach an Blennorrhoe und einmal bereits an blennorrhoischem Gelenkrheumatismus gelitten hatte, stellten sich, kurz nachdem neuerdings blennorrhoische Gelenkentzündungen aufgetreten waren, unter mäfsigem Fieber anfallsweise Schmerzen in den unteren Extremitäten ein. Die Schmerzen begannen im rechten Unterschenkel, pflanzten sich auf den rechten Oberschenkel und die rechte Seite des Gesäfses fort, um dann auf die linke Hinterbacke und zuletzt auf den linken Ober- und Unterschenkel überzugreifen. Dann kam es zu starker Atrophie der Waden- und Gesäfsmuskulatur und infolgedessen zu hochgradigen Gehstörungen; auch die Arm- und Wangenmuskulatur atrophierte. Aufserdem war eine Verstärkung sämtlicher Sehnenreflexe und das Babinskische Phänomen zu konstatieren. Die Wirbelsäule wurde steif, Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit war nicht vorhanden; die Sensibilität blieb intakt, die Sphinkteren funktionierten in normaler Weise. Es handelte sich zweifellos um eine blennorrhoische Myelitis mit leichter Beteiligung der Meningen; dem Verlaufe zufolge hat der Gonococcus zuerst eine ascendierende Neuritis im rechten Bein hervorgerufen, die Entzündung hat dann das Rückenmark ergriffen und ist auf die linke Seite gewandert. Die Prognose der Affektion ist ungünstig; es wird voraussichtlich Muskelatrophie vollständige und Kachexie eintreten. *Göts-München.*

Über die blennorrhoische Arthritis des Ellenbogens, von Schwartz. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 47.) Beschreibung eines Falles von akuter blennorrhoischer Entzündung des Ellenbogengelenks. Bei der Besprechung der Therapie empfiehlt der Verfasser aufs eindringlichste die permanente Applikation eines Eisbeutels rings um das erkrankte Gelenk. *Götz-München.*

Über Rektalblennorrhoe. Zusammenfassende Darstellung von Walter Schneider-Königsberg i. Pr. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) Beschreibung der normalen und pathologischen anatomischen Verhältnisse des Mastdarms. Bei letzteren ist zu erwähnen, dafs die Gonokokken sich in den Leukocyten befinden, welche den Lieberkühnschen Drüsen anliegen, ferner in den sogenannten Ehrlichschen Mastzellen, in der Schicht zwischen Drüsen und Muscularis mucosae. Sie halten sich nur da auf, wo Cylinderepithel ist, und verschwinden, wo dasselbe in kubisches übergeht. Die Rektalblennorrhoe ist im Vergleich zur Urethralblennorrhoe eine seltene Erkrankung und kommt bei Männern viel seltener als bei Weibern vor. Ätiologisch kommen in Betracht: Coitus analis, Überfliefsen des Trippersekrets aus den Genitalien in den Mastdarm, mechaniche Übertragung von Trippereiter durch den Finger oder Irrigator. Ganz akute Fälle sind selten; bei diesen kann die Krankheit mit starken subjektiven Beschwerden einsetzen: eitriger, zuweilen blutiger Ausfluſs, heftige Schmerzen und Brennen beim Stuhlgang, Tenesmus. Da die Krankheit jedoch von vornherein chronisch verläuft, so ist sie fast immer symptomenlos und bleibt von den Kranken unbeachtet. Im eitrigen Ausfluſs (Jullienesche Tropfen) sind meistens Gonokokken enthalten. Die Rektalschleimhaut ist gerötet und geschwollen, zuweilen mit Erosionen bedeckt (Rektalspekulum!). Spitze Candylome können auch aus anderen Ursachen nebenbei bestehen Als Komplikation kann Infiltration und Abscedierung der Lieberkühnschen Drüsen auftreten, zuweilen auch Periproktitis, Fissur- und Fistelbildung, hahnenkammartige Wucherungen der Rektalschleimhaut (Plicae anales hypertrophicae). Über das Wesen gleichzeitig bestehender Rektalulcerationen, ob sie mit der Rektalblennorrhoe im Zusammenhang stehen oder nicht, gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Jedenfalls sind sie im allgemeinen selten und zuweilen sicher luetischer Natur. Für die Diagnose ist wohl der Nachweis von Gonokokken im Ausfluſs wichtig, bei fehlendem Ausfluſs muſs Sekret mit dem scharfen Löffel von der Schleimhaut abgekratzt werden. Die Prognose ist günstig, da die Krankheit, wenn auch langsam, doch stets heilbar ist. Die Therapie besteht in Sorge für gute Defäkation, Spülungen mit den bekannten antiblennorrhoischen Mitteln mit Hilfe des Spekulums. Eventuell muſs chirurgische Behandlung eintreten. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Über Rektalblennorrhoe bei Vulvovaginitis infantum, von Karl Flügel-Frankfurt a. M. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 12.) In der Zeit von 1896 an wurde auf Herxheimers Abteilung unter 56 Fällen von blennorrhoischer Vulvovaginitis infantum 11 mal Blennorrhoe des Rektums verzeichnet, also in 20 % der Fälle; die subjektiven Beschwerden sind dabei meist gering. Die Behandlung bestand meist in Applikation von Suppositorien, die 0,01 Arg. nitr. oder Albargin enthielten, oder Ichthyol 1,0. In anderen Fällen wurden Ausspülungen des Rektums mit Sol. arg. nitr. 0.1 : 300 vorgenommen. Daneben wurde natürlich Vulva und Urethra behandelt. Das Rektalsekret wurde stets früher gonokokkenfrei als dasjenige der Vagina und Urethra. Die Bedeutung der Rektalblennorrhoe liegt darin, dafs stets die Gefahr der Reinfektion der Vulva und der Übertragung auf andere Kinder besteht. Man muſs daher in allen Fällen von Vulvovaginitis infantum auf das Vorhandensein einer gleichzeitigen Rektalblennorrhoe achten und gegebenenfalls sofort eine entsprechende Behandlung einleiten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die blennorrhoische Pyelitis und Nephropyelitis, von MICHAEL WLADIMIRSKY. (Inaug.-Dissert. Berlin 1902. *Fritz Loeb-München.*

Über die Augeneiterung der Neugeborenen, von C. HESS-Würzburg. (*Med. Klinik.* 1904. Nr. 3.) Nicht alle Augeneiterungen der Neugeborenen sind blennorrhoischer Natur. Die nicht blennorrhoischen Formen machen weniger heftige Entzündungserscheinungen, heilen rascher aus. Doch darf nach dem klinischen Bilde allein noch nicht mit Sicherheit die Diagnose in der einen oder anderen Richtung gestellt werden. Die Komplikation mit Hornhautgeschwüren findet sich vorwiegend bei der blennorrhoischen Conjunctivitis

Zur Prophylaxe empfiehlt Verfasser angelegentlich das CREDÉsche Verfahren, und zwar soll dasselbe obligatorisch in die Hebammenpraxis eingeführt werden. Das Verfahren bietet keine allzugrofsen Schwierigkeiten und kann den Hebammen ebenso gut beigebracht werden, wie geburtshilfliche Manipulationen. Auch müfste die Anzeigepflicht unbedingt für jede entzündliche Augenerkrankung beim Neugeborenen eingeführt werden wie eine solche schon jetzt in Ungarn, in Schlesien und Sachsen besteht. Therapeutisch am wirksamsten ist die häufige und sorgfältige mechanische Entfernung des Eiters mittels Ausspülungen des Bindehautsackes, von einer besonderen Wärterin müssen diese Spülungen jede Viertelstunde Tag und Nacht gemacht werden. Ganz besonders sollen die Hebammen auf die Unzulänglichkeit der Umschläge mit Kamillen usw. hingewiesen werden. Neben den Ausspülungen ist die ausgiebige Pinselung der Bindehaut ein- bis zweimal täglich mit 1%iger Höllensteinlösung sehr zweckmäfsig. Für die Nachbehandlung der blennorrhoischen Augeneiterung ist die Tatsache wichtig, dafs Gonokokken noch 25 Tage nach Aufhören der Eiterung in der Bindehaut gefunden worden sind. Nach Ansicht des Verfassers müfste es erreicht werden, dafs kein Kind mehr an Blennorrhoe erblindet.

Über die Behandlung der Conjunctivitis blennorrhoica neonatorum et adultorum nach der Methode von KALT, von FELIX Fries. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Schnell wirkende Behandlung der Vaginalblennorrhoe der Frau, von CONSTANTIN DANIEL. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 46.) D. empfiehlt, im ganz akuten Stadium der Vaginalblennorrhoe sich auf dreimal täglich zu wiederholende Ausspülungen mit je 6 Litern abgekochten Wassers oder $^1/_{10}$ ‰iger Kaliumpermanganatlösung zu beschränken und, sobald die Empfindlichkeit der Schleimhaut geringer geworden ist, die Tamponade der Vagina in der von TUFFIER angegebenen und mit grofsem Erfolge angewendeten Weise auszuführen. Die Methode TUFFIERS besteht aus folgenden Einzelheiten: 1. Sorgfältiges Abseifen der Vulva und Vagina mittels einer um zwei Finger gewickelten, sterilisierten Kompresse. 2. Ausspülung mit abgekochtem Wasser. 3. Ausspülung mit 6 Litern körperwarmer Kaliumpermanganatlösung 1:4000. 4. Tamponade der Vagina mittels sterilisierter, mit der gleichen Lösung getränkter Gazestreifen, die so dicht eingeführt werden müssen, dafs die Vagina ad maximum erweitert wird. Nach 24 Stunden wird die Gaze entfernt, die Vagina wiederum mit Permanganatlösung ausgespült und von neuem tamponiert; nach weiteren 12—24 Stunden werden die Tampons definitiv beseitigt. In den nächsten 10—15 Tagen müssen noch zwei- bis dreimal täglich Ausspülungen vorgenommen werden, dann bleibt nur noch übrig, Collum uteri, Vulva und Urethra alle zwei Tage mit 1—2%iger Höllensteinlösung zu bepinseln und den Cervikalkanal sieben- bis achtmal in Zwischenräumen von etwa drei Tagen mit Jodtinktur zu touchieren. RICHELOT empfiehlt, in die infizierte Urethra für einen Moment einen Höllensteinstift einzuführen und das in Zwischenräumen von je acht Tagen drei- bis viermal zu wiederholen.

Götz-München.

Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von E. Finger-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 7.) Verfasser hat die Versuche einer abortiven Behandlung der beginnenden Blennorrhoe schon seit längerer Zeit aufgegeben. Der Wert aller Abortivkuren ist sehr wesentlich dadurch beschränkt, dafs sie nur in der allerersten Zeit wirken, zu einer Zeit, in der man die Patienten nur ganz ausnahmsweise einmal zu Gesicht bekommt, und ferner dadurch, dafs sich die Frage des Gelingens oder Mifslingens der Kur meist erst nach mehrwöchiger Behandlung entscheiden läfst. Selbst nach scheinbarem Gelingen erlebt man zuweilen noch unangenehme Überraschungen. Verfasser möchte die Fälle beginnender akuter Blennorrhoe in zwei Gruppen scheiden. In der einen Gruppe finden sich, dank verschiedenen Momenten, anatomischen Verhältnissen, Fehlen schädigender äufserer Einflüsse, vielleicht auch geringerer Virulenz der Gonokokken, diese relativ oberflächlich, dem Desinfiziens leicht zugänglich, in der zweiten Gruppe dringen die Gonokokken sehr frühzeitig, durch analoge Momente, anatomischen Bau der Schleimhaut, äufsere Schädlichkeiten, Erektionen usw., vielleicht auch gröfsere Virulenz veranlafst, in die Tiefe, in die tiefsten Epithel- und oberflächlichsten Bindegewebslagen, die Drüseneinführungsgänge usw. ein und sind dem Desinfiziens schwerer zugänglich oder unzugänglich. Die erste Gruppe sind die dankbaren Fälle, die sowohl auf Abortivkur als auch auf systematische Behandlung, sowohl auf Höllenstein als auch auf Protargol, Largin, Argonin usw. glatt ausheilen und nicht rezidivieren; die zweite Gruppe sind die undankbaren Fälle, die durch Abortivkur nicht zur Ausheilung kommen, bei systematischer Behandlung nur nach langer Dauer ausheilen und gegen alle Desinfizientien ungenügend reagieren. Für die erste Gruppe ist der grofse und, was die Frage der Gewebsschädigung betrifft, oft nicht gleichgültige Apparat der Abortivkur überflüssig, für die zweite Gruppe unzureichend.

Verfasser beginnt jetzt in allen frischen Fällen sofort die systematische örtliche Behandlung mit Injektionen nichtreizender Antiseptika, Protargol, Largin, Argonin. Je frischer der Prozefs und je geringer die entzündlichen Erscheinungen sind, um so stärkere Konzentrationen werden vertragen. Verfasser verordnet 1%ige, selbst 2%ige Lösungen und sah in einer ziemlichen Zahl von Fällen Gonokokken und Sekretion rasch schwinden und in dieser Weise den Tripper abortiv in drei bis vier Wochen ausheilen. Bei ausgesprochenen entzündlichen Erscheinungen werden ¼—½%ige Lösungen verordnet; die Behandlungsdauer ist dann stets eine längere.

Auf einem gleichfalls ablehnenden Standpunkte steht Verfasser in der Frage der sogenannten individuellen Prophylaxe. Die bisher empfohlenen Mittel und Methoden genügen den Anforderungen an Zuverlässigkeit gar nicht und den Anforderungen an Unschädlichkeit nicht genügend. Die Tripperprophylaxe ist darauf berechnet, oft und lange Zeit hindurch angewendet zu werden. (Verfasser rechnet für den „sexuell abstinenten jungen Mann" eine 2—300malige Anwendung in zehn Jahren aus. Unter sexueller Abstinenz im Superlativ sollte man doch eigentlich etwas anderes verstehen! Ref.) Die üblichen Mittel, Höllenstein und Sublimat, aber auch die hochprozentigen Lösungen der anderen Prophylaktika sind für häufigere Anwendung absolut ungeeignet und führen nicht selten zu deutlicher, mehr oder weniger intensiver Reizung. Diese Reizerscheinungen versetzen einerseits die Patienten oft in den Glauben, tripperkrank zu sein, andererseits machen sie Männer, die die Prophylaxe schon längere Zeit regelmäfsig anwenden, leichtsinnig und vertrauensselig, indem diese Leute wirkliche Tripperinfektion für gewöhnliche Reaktionserscheinungen ansehen. In solchen Fällen wird also die mifslungene Prophylaxe geradezu die Ursache der Vernachlässigung des beginnenden Trippers. Mit Loeb und Campagnolle ist Verfasser der Ansicht, dafs die durch die prophylaktischen Injektionen hervorgerufenen Reaktionserscheinungen

zuweilen durchaus nicht den Charakter harmloser und ephemerer Erscheinungen haben, sondern für den Patienten ziemlich ernst sind. Der sich entwickelnde chronische Katarrh der Harnröhre kann zu ganz ähnlichen Konsequenzen führen wie der chronische Tripper (Epithelmetaplasie, schwielige Degeneration der Schleimhaut). Verfasser hält die Empfehlung der Prophylaktika durch den Arzt nach diesen Erfahrungen für gerechtfertigt. *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe nach Blaschko, von Felix Block-Hannover. (*Disch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 8.) Das von Blaschko 1902 empfohlene Verfahren der Abortivbehandlung der Blennorrhoe mit Einspritzungen von 3%iger Protargollösung hat bisher noch keine Beurteilung von anderer Seite gefunden. Verfasser hat 44 Fälle nach dieser Methode behandelt und in 28 Fällen (= 64%) vollen Erfolg gehabt. Als zweckmäfsigstes Vorgehen empfiehlt Verfasser täglich einmalige Einspritzung von möglichst frischer 3%iger Protargollösung, die fünf Minuten in der Harnröhre bleiben soll. Ist 24 Stunden nach der letzten Einspritzung keine erhebliche Reizung mehr vorhanden, so nehme man etwa am dritten und vierten Tage 4%ige, am fünften Tage 5%ige Protargollösung. Mindestens fünf Tage nacheinander soll eingespritzt werden, auch wenn schon vorher Gonokokken nicht mehr zu finden sind; die Einspritzungen sind vom Arzt selbst vorzunehmen. Eine Heilung ist man nur dann anzunehmen berechtigt, wenn der Urin völlig frei von Sekret ist oder etwaige Fäden nicht eitriger, sondern katarrhalischer Natur sind. Geschadet hat das Verfahren auch bei mifsglückter Kur nie. Die Hauptsache ist frühzeitigster Beginn der Behandlung. In allen sechs Fällen, die an den ersten beiden Tagen nach der Infektion in Behandlung kamen, glückte die Kur; von 23 Fällen, in denen die Kur am dritten oder vierten Tage begonnen wurde, glückte sie 16 mal. — Nach diesen günstigen Erfahrungen hält Verfasser es für notwendig, dafs die Kenntnis von der Abortivbehandlung unter den Ärzten und dem Publikum weiteste Verbreitung findet. Auch bei Prostituierten könnte möglicherweise die Methode mit Erfolg angewandt werden. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von Arthur Berg-Riga. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1905, Nr. 13 und 14.) Verfasser hat die Methode Engelbreths (Spülungen der vorderen Harnröhre mit Höllensteinlösungen von 1:500 bis 1:300) nachgeprüft und berichtet, dafs er von 46 Patienten 31 = 67% geheilt hat. Die Methode ist nur dann angezeigt, wenn keinerlei Entzündungserscheinungen der Harnröhre vorliegen. Die Zahl der Spülungen kann auf zwei bis drei beschränkt werden. Komplikationen oder Verschlimmerungen des Prozesses bei mifsglückter Kur hat Verfasser nicht gesehen; die Methode scheint also gefahrlos zu sein. Man kann den Patienten stets am dritten Tage mit Bestimmtheit sagen, ob sie geheilt sind oder nicht. Dafs die Gonokokken nur scheinbar vertilgt werden, um in späterer Zeit wieder zum Vorschein zu kommen, beobachtet man nie. Verfasser schreibt, er habe in allen Fällen den Verlauf genügend lange beobachtet, um über Heilung oder Nichtheilung ein Urteil zu gewinnen. Referent kann aber einen leisen Zweifel nicht unterdrücken, wenn Verfasser mitteilt, er habe einem Kranken innerhalb 5½ Monaten drei und einem anderen innerhalb eines Jahres vier Blennorrhoen coupiert. Verfasser glaubt, es gäbe eine ganze Reihe von Fällen, in denen die Gonokokken noch viele Tage nach der Infektion rein epithelial sitzen müfsten, sonst könnten die Resultate nicht so günstige sein. *A. Loewald-Kolmar.*

Beitrag zur internen Behandlung des Harnröhrentrippers, von Hugo Zechmeister-Pola. (*Allg. med. Centralztg.* 1904. Nr. 46 und 47.) Ein Beitrag zur Klärung der kombinierten Behandlung des Trippers. Nachdem bereits so viele Arbeiten über Gonosan und dessen Verwendung neben der Lokalbehandlung erschienen sind, ist es

interessant zu lesen, wie Z. dem modernen Gonosan zwar mit einiger Reserve, aber doch hinwiederum mit einigen wichtigen allgemein-praktischen Vorschlägen und Winken gerecht zu werden sucht. Das Gonosan gilt auch bei Z. als das erste von allen balsamischen Mitteln, welches nach längerem Gebrauche am besten vertragen wird und relativ allseitig mitwirkt, da es eine diuretische, sekretionsbeschränkende und entzündungswidrige, narkotisch-analgetische sowie anaphrodisierende Wirkung ausübt und den Harn stets sauer erhält. Das Gonosan wirkt auf die erkrankte Schleimhaut heilend mit ein, und daher mufs es tunlichst zur Unterstützung der endourethralen Behandlung herangezogen werden, und darum besonders auch dort, wo bei Komplikationen auf eine Bewältigung des Tripperprozesses in der Harnröhre mit allen Mitteln geachtet werden mufs, und fernerhin dort, wo sonst eine lokale Behandlung aus äufseren Gründen aufgeschoben oder unterlassen werden mufs, und schliefslich, wenn der Verdacht vorliegt, dafs der Eiterungsprozefs auf die hintere Harnröhre übergegangen ist, und wenn man nicht in der Lage ist, die hintere Harnröhre entsprechend behandeln zu können; dann ist es überhaupt besser, man gibt Gonosan, als dafs man sich blofs mit den Injektionen in die „Anterior" begnügt. Wichtig ist es, zu wissen, dafs Gonosan relativ sehr gut vertragen wird, so dafs Z. mehrmals 500—600 Kapseln in zehn bis zwölf Wochen hintereinander und ohne welche Bedenklichkeiten geben konnte. „Es war eine glückliche Idee, die sekretionsbeschränkende, adstringierende und tonisierende Eigenschaft des absolut reinen ostindischen Santales mit der analgesierenden, narkotischen der Kawawurzel in Verbindung zu bringen, wie es in dem von Boss in der Therapie eingeführten und von der Firma J. D. Riedel in Berlin erzeugten „Gonosan" oder „Kawasantal" der Fall ist."

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über Gonosan, von N. Meyer-Neapel. (*Die med. Woche.* 1905. Nr. 11.) Verfasser wandte das Gonosan in 95 Fällen von Blennorrhoe an; er bestätigt die Brauchbarkeit, insofern durch dasselbe zwei Drittel der Blennorrhoefälle ohne jegliche Lokalbehandlung zur Heilung gelangten, während in den übrigen Fällen der blennorrhoische Prozefs durch das Gonosan mehr oder minder günstig beeinflufst wurde und die Behandlung dann durch Protargol- oder Albargineinspritzungen vervollständigt werden konnte. Günstig ist seine schmerzstillende Wirkung wie seine antiseptische, auch ruft es absolut keine Nierenreizung hervor. (Ich bin auch Anhänger des Gonosan, halte aber diese glänzenden Resultate durch Gonosan allein für etwas zu optimistisch, wenn es sich um wirkliche Blennorrhoe handelt. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Nachprüfung der therapeutischen Wirkungen des Gonosan, von G. Merzbach-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 5.) M. hat bisher in 20 Fällen von akuter Blennorrhoe Gonosan gegeben und ebenso gute und die gleichen Erfahrungen gemacht wie andere Beobachter. Eine unbedingt anaphrodisierende Wirkung, wie sie von Saalfeld behauptet wird, kommt dem Gonosan nach M. nicht zu, wenngleich es auch nach dieser Richtung zumeist durchaus befriedigt. In einem Falle erzielte M. ausschliefslich durch Gonosandarreichung ohne lokale Behandlung völlige Heilung; doch fehlen ihm weitere Erfahrungen darüber, ob solche Erfolge so häufig sind, wie Boss angibt. Er selbst beginnt gewöhnlich nach zwei- bis dreitägigem Gebrauch von Gonosan mit der Lokaltherapie. Gonosan ist nach M. bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe nicht mehr zu entbehren; es bewirkt namentlich auch, dafs seltener Komplikationen auftreten und dafs die Trippererkrankungen nicht mehr so häufig chronisch werden, als es bisher der Fall war. *Götz-München.*

Erfahrungen mit Gonosan, von Ernst Runge-Berlin. (*Münch. med Wochenschr.* 1905. Nr. 5.) R. hat an der Frauenklinik der Charité in Berlin in Fällen der Urethralblennorrhoe mit Gonosan sehr schöne Erfolge erzielt; seine Erfahrungen decken sich

mit den von anderer Seite bei Blennorrhoe der Männer gemachten Beobachtungen. Völliges Verschwinden der Gonokokken hat R. bei ausschliefslicher Behandlung mit Gonosan nur selten konstatieren können; er beginnt daher, wenn nach ein bis drei Tagen die Schmerzen und die akutesten Entzündungserscheinungen beseitigt sind, unter Fortsetzung der Gonosandarreichung mit täglichen Injektionen von 1—10%iger Protargollösung in die Harnröhre. Er bedient sich dazu des Fritzscheschen Celluloidansatzes für die Urethra; dieser besteht aus einem 5 cm langen und ca. 4 mm dicken Rohr mit einem olivenartig verdickten Ende, das sich an den Sphincter internus anlegt und dadurch die Blase gegen die Injektionsflüssigkeit abschliefst. Das Rohr, das auf eine gewöhnliche Pravazspritze aufgesetzt wird, trägt seitlich zahlreiche Öffnungen, durch welche die Flüssigkeit austritt; auf diese Weise wird eine ausgiebige Berieselung der Harnröhre erzielt. — Wenn Gonokokken nicht mehr nachweisbar sind, was oft schon nach sieben bis neun Tagen der Fall ist, werden statt der Protargollösung täglich in einer Sitzung absatzweise 10—20 ccm der Ricordschen Lösung (Plumb. acet., Zinc. sulfur. ää 2,0 : 200,0) eingespritzt. *Göts-München.*

Über die interne Behandlung der Blennorrhoe unter besonderer Berücksichtigung des neuen Antiblennorrhoicum Gonosan, von M. Lubowski. (*Fortschritte d. Medizin.* XXII. Nr. 26. September 1904.) Der augenblickliche Stand der Blennorrhoebehandlung ist derart, dafs die meisten Ärzte für die Kombination der internen und lokalen Behandlungsmethode plädieren, seitdem auch an internen Mitteln brauchbare hinzugekommen sind, wie z. B. Kawakawa und Gonosan. Verfasser unterwirft die bisherige Gonosanliteratur einer kritischen Übersicht, welche zeigt, dafs das Gonosan tatsächlich ein brauchbares Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Blennorrhoe ist, ohne die oft unangenehmen Nebenerscheinungen des Sandelöls oder Copaiva-Balsam zu besitzen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung des Harnröhrentrippers des Mannes mit Gonosan, von Maximilian v. Zeissl-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 7.) Z. hat 116 Kranken Gonosan verabreicht, von denen nur drei das Mittel wegen Verdauungsbeschwerden aussetzen mufsten. In den ersten 14 Tagen erhielten alle Patienten ausschliefslich Gonosan, dann folgte erst die lokale Behandlung. Von den 116 Patienten hatten 40 ihre erste Blennorrhoe, die Mehrzahl trat am fünften bis sechsten Tage nach der Infektion in Behandlung. Meist schon nach 24-stündiger Behandlung konnte Z. im Harn die Harzsäure des Kawakawa mit Salpetersäure nachweisen. Die Sekretion schien bei Gonosangebrauch schneller nachzulassen als bei Anwendung anderer Balsamika. Verdauungsbeschwerden sind nach Z. sehr selten (? der Ref.) und traten, wie schon gesagt, nur in drei von den behandelten Fällen auf; zwei Patienten konnten das Mittel nach zweitägiger Pause wieder einnehmen, ohne dafs die Beschwerden wiederkehrten; bei dem Dritten stellten sich jedoch nach Wiedergebrauch des Gonosans so heftige Magenschmerzen ein, dafs die Behandlung mit Gonosan definitiv aufgegeben wurde. Urticaria konnte Z. nach Gonosan-Medikation nicht beobachten. Die Wirkung des Gonosans auf Erektionen ist unsicher. Zum Schlufs hebt Z. hervor, dafs Gonosan fast ausnahmslos gut vom Magen vertragen wird, viel besser wie z. B. Terpentin, und dafs die Kranken es lieber nehmen als Sandelöl. *Putzler-Danzig.*

Wie der praktische Arzt die Blennorrhoe behandeln sollte, von Fred. C. Valentine und Terry M. Townsend-New York. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 29. Okt. 1904.) Jeder praktische Arzt vermag den akuten unkomplizierten Tripper der vorderen Harnröhre mit Erfolg zu behandeln, wenn er der Krankheit die gleiche Aufmerksamkeit widmet wie jeder anderen Krankheit. Gegen diese Behauptung der Verfasser dürfte wohl kaum etwas einzuwenden sein. Aber es heifst doch mafslos übertreiben, wenn die Verfasser weiter behaupten, dafs der praktische Arzt, der die Behandlung

des akuten unkomplizierten Trippers ablehnt und die Patienten an den Spezialisten verweist, „eine der heiligsten Pflichten seines Standes und der Menschheit verletzt", und dafs die Kranken, die ihr Hausarzt mit ihrem Tripper zu einem anderen Arzt schickt, leicht „Gegner der wissenschaftlichen Medizin zum Schaden ihrer Gesundheit, ihrer Familie und des Gemeinwesens" werden. — Als wirksamste Behandlung empfehlen die Verfasser die Spülungen nach JANET. *A. Loewald-Colmar.*

Beiträge zur Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen, von FERD. KORNFELD-Wien. (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. 3.) Die pathologischen Veränderungen des blennorrhoischen Prozesses stehen im Einklange mit den biologischen Eigenschaften des Gonococcus; kann man schliefslich auch die pathologischen Veränderungen der Harnwege und der Vorsteherdrüse nicht mehr wieder ausgleichen, so mufs man doch mit NEISSER den Gonokokken selbst ein Ziel zu setzen suchen, also immer wieder ihm selbst beizukommen suchen. Und zu dieser Aufgabe befähigen uns am sichersten die Silbereiweifsverbindungen, denn diese entfalten nicht blofs eine blofse Oberflächenwirkung, sondern dringen auch in das subepitheliale Lager und in das Stratum mucosae ein und vermögen dort die virulenten Keime, sowie deren Entzündungsprodukte zu beeinflussen. Als vornehmste Repräsentanten dieser Gruppe lernte K. das Argonin und namentlich das Albargin schätzen. M. v. ZEISSL gebührt die Priorität, auf das Argonin in seinen Arbeiten besonders nachdrücklich hingewiesen zu haben. A. GUTHEIL erkennt den Hauptwert des Argonins in der geringen Reizwirkung, der raschen Beseitigung der Gonokokken aus dem Sekrete und der überraschenden Seltenheit von Komplikationen im weiteren Ablaufe der Tripperinfektion.

Albargin, das von LIEBRECHT, dem Darsteller des Argonins, entdeckte Gelatosesilber, ist in Wasser sehr leicht löslich, hat einen hohen — 15 % — Silbergehalt und eine vollkommen neutrale Reaktion, und ist namentlich bei der geringen Mengenanwendung auch billig. Namentlich sind die Albargin-Tabletten sehr sparsam und leicht löslich und für eine 1 bis 2 %oige durch Auflösung der 0,2-Tablette mit 200 bezw. 100 ccm Wasser schnell zu verwenden. Die einzige Reaktion der Spritzung ist bei Albargin nur die wenige Stunden dauernde Sekretvermehrung, Schmerz aber und Brennen tritt niemals danach auf. Die Kranken benutzen darum dies Mittel gern, und es ergaben sich keine Komplikationen. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Zincum sulfuricum oder Silbersalze bei der Blennorrhoebehandlung? von MAX JULIUSBERG-Breslau. (*Münch med. Wochenschr.* 1905. Nr. 4.) Um noch einmal festzustellen, ob die bei Blennorrhoe immer noch vielfach angewandten Injektionen von Zinc. sulfur. nicht doch bessere Resultate ergeben, als sich nach zahlreichen klinischen Erfahrungen erwarten läfst, hat J. an der NEISSERschen Klinik 30 Fälle von Blennorrhoe versuchsweise mit Einspritzungen von ¼—½ %iger Zinc. sulfur.-Lösung behandelt. Von den 30 Fällen kamen drei unter dieser Therapie zur Heilung; im übrigen aber waren die gemachten Erfahrungen derart, dafs J. das Zinc. sulfur. als durchaus unbrauchbar für die Behandlung des Anfangsstadiums der Blennorrhoe erklärt und vor seiner Anwendung während dieses Stadiums direkt warnt; es ist höchstens zur Nachbehandlung des Katarrhs der Harnröhre nach drei- bis vierwöchentlichem Gebrauch eines gonokokkentötenden Mittels zu versuchen. Am meisten zu empfehlen ist bei Blennorrhoe des vorderen Harnröhrenteiles immer noch die Protargolbehandlung, und zwar sollen täglich drei bis vier Injektionen von je 10—15 Minuten Dauer mit ¼—⅓ %iger Lösung und 1 Injektion von 20—30 Minuten Dauer womöglich mit 3 %iger Lösung vorgenommen werden; der schwachen Lösung sind 3 %, der starken 5 % Antipyrin zuzusetzen. Blennorrhoe der Pars posterior urethrae wird an der NEISSERschen Klinik stets mit GUYONschen Instillationen von ¼—⅓ %iger Argent. nitr.-Lösung behandelt. *Götz-München.*

Einige Erfahrungen über Arhovin als Antiblennorrhoicum und Desinfiziens der Harnwege, von J. Brings-Wien. (*Die Heilkunde.* Jan. 1905. IX. Heft I.) Verfasser benutzte das Arhovin in 29 Fällen von Blennorrhoe bei Männern und Frauen. Es wirkte in innerlicher Verabreichung teils allein, teils kombiniert mit Adstringentien mit sehr gutem Erfolge. Besonders günstig wirkte es bei Blennorrhoen der weiblichen Urethra und bei Katarrhen der Blase durch Erkrankungen der Nachbarorgane. Auch äufserlich scheint Arhovin (Vaginal-Mastdarmkugel) durch Verbindung mit den Körpersäften desinfizierende Eigenschaften zu erwerben. Es hat keine Nachteile, wie Magenbeschwerden, Nierenreizung oder Erythema, wird gern genommen und stets gut vertragen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung des Ichthargans bei akuter und chronischer Blennorrhoe, von I. Ainsinmann. (Inaug.-Dissert. Berlin 1904.) Das Ichthargan vereinigt in sich zwei Antiblennorrhoeprinzipien: das antiseptische und das adstringierende, wobei die eine Wirkung dieser Substanz die andere nicht nur nicht hemmt, sondern infolge der besonderen chemischen Affinität der sie bildenden Komponenten noch verstärkt. Diese Wirkungen entwickeln sich, dank der neutralen Natur des Ichthargans nicht nur oberflächlich, sondern in bedeutender Tiefe, wobei dieses Eindringen trotz des damit verbundenen Desquamationsprozesses von keinen Schmerzempfindungen begleitet wird. Da zudem das Ichthargan in allen Stadien und Formen der Blennorrhoe anwendbar und überdies nicht teuer ist (0,1 : 200,0 kosten 60 Pfg.), so hält Verfasser das Mittel für berufen, in der Zukunft alle anderen Antiblennorrhoica zu verdrängen. (Von welchem Antiblennorrhoicum wäre das noch nicht gesagt worden? Ref.) *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung der Blennorrhoe mit Crurin, von Richard Stern. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Nach den Erfahrungen des Verfassers ist Crurin wegen seiner Reizlosigkeit in vollwirksamer Dosis und seiner aufserordentlich prompten Wirkung auf die Gonokokken ein sehr gutes Mittel zur Behandlung akuter Blennorrhoen, die durch Crurin allein in womöglich kürzerer Zeit als durch andere Mittel zu gedeihlichem Ende geführt werden können. Zum mindesten ist seine Anwendung bis zum dauernden Verschwinden der Gonokokken in jedem Falle sehr zu empfehlen.
Fritz Loeb-München.

Über interne Blennorrhoebehandlung mit Helmitol, von Oswald Sigmundt. (Inaug.-Dissert. München 1903.) Das Helmitol scheint bei Blasenkatarrh nicht blennorrhoischer Natur offenbar ein sehr wirksames Mittel darzustellen und dem von Buschke erwähnten Urotropin infolge seiner chemischen Eigenschaften an Wirkung noch überlegen zu sein. Auf den in den Harnwegen sich abspielenden blennorrhoischen Entzündungsprozefs und die Gonokokken hat das Helmitol, wie Verfasser in allen Fällen konstatieren konnte, einen spezifischen Einfluſs nicht auszuüben vermocht; dagegen war es imstande, dem Urin sehr bald nach seiner Aufnahme eine saure Reaktion zu verleihen und ihn zu desinfizieren, ein Umstand, dem Finger ganz besondere Wichtigkeit beilegt, indem er glaubt, dafs hierdurch bei bestehender Urethritis posterior blennorrhoica die Fortpflanzung der Entzündung auf die Blase verhindert werden kann, eine Ansicht, der sich Verfasser vollkommen anschliefst. Aufserdem hat das Helmitol bei den meisten Kranken in symptomatischem Sinne sehr günstig eingewirkt, da es die subjektiven Beschwerden derselben bedeutend abzuschwächen oder ganz zu beseitigen imstande war. In Anbetracht der weiteren Tatsache, dafs das Medikament keinerlei störende Nebenwirkungen aufwies und von den Patienten sehr gerne genommen wurde, empfiehlt es Verfasser zur Unterstützung der Blennorrhoebehandlung aufs beste. *Fritz Loeb-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 10. 15. November 1905.

Die Desmoplasie der Epithelzellen in der menschlichen Haut.

Erste Mitteilung.

Von

Prof. Kromayer-Berlin.

Mit zwei Tafeln.

In einer Reihe von Arbeiten[1] habe ich nachzuweisen versucht, dafs unter pathologischen Zuständen sowohl wie auch in der normalen Haut von der Epidermis Zellen sich loslösen und ins Bindegewebe verlagert werden, indem sie gleichzeitig den Charakter von Bindegewebszellen annehmen. Ich habe diesen Vorgang als „Desmoplasie" der Epithelzellen bezeichnet.

Bisher liegen meines Wissens nur zwei Arbeiten vor, welche diese Desmoplasie bestätigen, die eine von Judaliewitzsch[2], welcher zeigte, dafs die Zellhaufen, welche sich in den weichen Naevis von der Epidermis loslösen, tatsächlich zu Bindegewebszellen werden; und eine zweite umfangreiche Arbeit von Krompecher[3], welcher besonders bei den von ihm so benannten „Basalzellenkrebsen" die Umwandlung der Basalzellen zu Bindegewebszellen darzutun versucht.

---

[1] 1. Zur Histogenese der weichen Hautnaevi; Metaplasie von Epithel zu Bindegewebe. *Dermat. Zeitschr.* 1896. S. 268.

2. Die Parenchymhaut und ihre Erkrankungen; entwicklungsmechanische und histopathogenetische Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung des Carcinoms und des Naevus. *Roux's Archiv für Entwicklungsmechanik der Organismen.* 1899. S. 253.

3. Neue biologische Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebe. Desmoplasie. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* Bd. 62. 1902.

4. Die Desmoplasie der Epithelzellen und ihre Bedeutung für die Pathologie. *Verhandl. d. deutschen pathol. Gesellschaft.* 1904. S. 131.

[2] Judaliewitzsch. Zur Histogenese des weichen Naevi. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1901. Bd. 58. S. 15.

[3] E. Krompecher. Über Verbindungen, Übergänge und Umwandlungen zwischen Epithel, Endothel und Bindegewebe bei Embryonen, niederen Wirbeltieren und Geschwülsten.

Da die Lehre von der Desmoplasie der Epithelzellen der herrschenden von der Spezifität der Zellen direkt widerspricht, so ist es erklärlich, dafs sie bei allen Forschern, die an dieser (der Spezifität der Zellen) als an einem Dogma festhalten, auf energischen Widerstand stofsen mufs.

Ich habe daher geglaubt, dafs es gerechtfertigt ist, nochmals auf diesen Gegenstand an der Hand von Photographien und sorgfältigen Zeichnungen zurückzukommen, obgleich meine bisherigen Arbeiten nicht einmal einer ernstlichen Kritik und Widerlegung gewürdigt sind, und ich fürchten mufs, dafs die Serie kleiner Aufsätze, deren erster der vorliegende sein soll, das gleiche Schicksal erleiden wird.

In welcher Weise meine Theorie der Desmoplasie behandelt wird, möge als Beispiel die nachfolgende Kritik Ph. Stöhrs zeigen (Entwicklungsgeschichte des menschlichen Wollhaares. *Anat. Hefte.* Bd. 23, Heft 71. 1903).

„Ebensowenig kann ich mich mit dem übrigen Inhalte der zitierten Schrift und einer neuen Arbeit Kromayers (Neue biologische Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebe. Desmoplasie. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1901. Bd. 62. Heft 2 u. 3) befreunden. Die Präparate, auf Grund deren eine Ausstofsung einer Epithelzelle aus dem epithelialen Verbande unter Verlust ihres epithelialen Charakters und Verlagerung ins Bindegewebe geschlossen wird, sind als Belege für eine so einschneidende Behauptung durchaus ungenügend. All den Forschern, die sich so schnell entschliefsen, ein Lösen von Zellen aus dem epithelialen Verbande anzunehmen, möchte ich dringend empfehlen, sich doch einmal die Bilder anzusehen, die sich bei einer wirklichen Lösung präsentieren (vergl. z. B. die Abbildungen in C. Rabls Theorie des Mesoderms. *Morphol. Jahrbuch.* Bd. 15 u. 19) und die doch recht wesentlich anders aussehen. Das neue Resultat Kromayers, dafs das Stratum germinativum der Epidermis auch der Mutterboden für die Cutis vasculosa sei — diese alle bisherigen entwicklungsgeschichtlichen Erfahrungen umstofsende neue Lehre basiert auf Untersuchungen von Sommersprossen eines zehnjährigen Mädchens und eines sechzehnjährigen Burschen — dürfte schwerlich eine beifällige Aufnahme finden."

Stöhr, der sonst so genaue, hat zur Verurteilung der „neuen Lehre" nicht einmal für nötig erachtet, meine Arbeiten zu lesen. Sonst würde er wissen, dafs diese „neue Lehre" nicht auf Untersuchungen von Sommersprossen eines zehnjährigen Mädchens und eines sechzehnjährigen Burschens, von denen in der einen Arbeit die Photographien gewonnen sind, beruhen, sondern auf jahrelangen Untersuchungen der Haut und der Schleimhäute von Menschen und Tieren in den verschiedensten Alters- und Entwicklungsstufen.

Die beiden Tafeln geben Abbildungen:

1. von der normalen Haut des Vorderarmes eines elfjährigen Mädchen;
2. von der Haut des Augenlides eines Neugeborenen;
3. von einem Linsenfleck des Gesichtes.

Die farbigen Figuren sind von Fräulein GÜNTHER angefertigt und zwar von eben denselben Stellen der Präparate, welche in den Photographien zur Wiedergabe gelangt sind. Sie sollen zur bildlichen Erklärung der Photographien dienen, während diese eine Kontrolle und einen Beweis für die Richtigkeit der farbigen Figuren bilden mögen.

Inwieweit es gelingen wird, durch die Zusammenstellung von Zeichnung und Photographie, von subjektiver und objektiver Darstellung überzeugend zu wirken, lasse ich dahin gestellt. Obgleich beide mit gröfster Sorgfalt ausgeführt worden sind, weifs ich nur zu gut, wie weit sie hinter dem mikroskopischen Präparat an Klarheit und Überzeugungskraft zurückstehen.

Figur 1:
Normale Haut vom Vorderarm.

In der Epidermis, deren Epithelien normalgefärbte bläschenförmige Kerne aufweisen, fallen die Zellen *a*, *b*, *c*, *d*, *e*, *f* auf, deren Protoplasma bläschenförmig gegen die Umgebung abgesetzt ist, und deren Kerne intensiver gefärbt sind, den Bläschencharakter verloren haben und nach der Peripherie der Zelle etwas verlagert erscheinen.

Eine zweite Gruppe von Zellen, die im Charakter ihres Protoplasmas und ihrer Kerne genau mit diesen übereinstimmt, liegt auf der Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe, es sind das die Zellen *g*, *h*, *i*, *k*, *l*, *o*, *s*, *t*, *u*, *v*, *w*, *x*.

Schliefslich liegt eine dritte Gruppe von Zellen, die denen der zweiten sehr ähnlich sind, aber sich von ihnen teilweise durch einen länger gestreckten Kern und durch das Verschwinden des bläschenförmigen Charakters unterscheiden, teils direkt unter ihnen, *g*, *i*, *k*, *l*, *r*, teils so deutlich im Bindegewebe, dafs man an ihrer bindegewebigen Natur nicht im geringsten zu zweifeln sich veranlafst fühlt.

Wenn man diese drei Zellgruppen aufmerksam miteinander und die einzelnen Zellen der Gruppen untereinander vergleicht, so mufs man m. E. notwendigerweise zu dem Schlufs kommen, dafs diese Zellen alle zueinander gehören. Da nun aber ein Teil der Zellen im Bindegewebe, ein anderer im Epithel liegt, so mufs entweder eine Verschiebung von Zellen aus dem Bindegewebe ins Epithel oder eine solche vom Epithel ins Bindegewebe stattgefunden haben. Entweder sind die Zellen vom Bindegewebe ins Epithel oder umgekehrt vom Epithel ins Bindegewebe gewandert oder verlagert worden. Da nun aber weiterhin die im Epithel liegenden Zellen durch histologische Einzelheiten (Stachelpanzer, Proto-

plasmafaserung) sich deutlich als Epithelzellen ausweisen, was ich in einer meiner früheren Arbeiten[4] durch photographische Abbildungen nachgewiesen habe, und die im Bindegewebe liegenden Zellen alle Zeichen von Bindegewebszellen zeigen, so muſs hier entweder eine Umwandlung von Bindegewebszellen zu Epithelien oder umgekehrt eine solche von Epithelzellen zu Bindegewebszellen stattgefunden haben. Tertium non datur.

Welches von beiden stattfindet, läſst sich natürlich schwer oder gar nicht an einer Photographie und einer Zeichnung nachweisen. Das mikroskopische Präparat gibt allerdings, wenn man es nur mit der nötigen Aufmerksamkeit betrachtet, darüber sicheren Aufschluſs.

Dort, wohin die Bewegung der Zelle stattfindet, muſs ein Auseinanderdrängen oder eine Kompression der Gewebsbestandteile zu konstatieren sein, während an der entgegengesetzten Seite eine losere Anordnung zu erwarten ist.

Das mikroskopische Präparat zeigt nun überall tatsächlich die Kompressionszustände nach der bindegewebigen Seite der betreffenden Zellen, während nach der epithelialen Seite hin eine lose freie Anordnung der Gewebsbestandteile vorhanden ist.

In der Figur 1 kann man das am besten an den Zellen *v*, *w*, *x* erkennen, die nach der epithelialen Seite hin eine deutliche senkrechte Protoplasmafaserung der über ihnen liegenden Epithelzellen erkennen lassen. Wenn man annehmen wollte, daſs diese drei Zellen in das Epithel eindringen, so müſsten entweder die Epithelfasern zusammengeknickt und komprimiert sein, oder aber, wenn die Zellen sich zwischen die Epithelzellen hineingedrängt hätten, so müſsten diese auseinandergedrängt erscheinen, wie man es so schön bei den ins Epithel gewanderten Eiterzellen beobachten kann.

Keines von beiden ist der Fall, sondern die Protoplasmafasern der Basalzellen endigen senkrecht und in geschlossener Reihe über den betreffenden Zellen, so daſs nur der eine Schluſs möglich ist, daſs diese drei Zellen sich in einer Bewegung nach dem Bindegewebe zu befinden.

Figur 2:
Augenlid eines Neugeborenen.

Das Präparat stammt vom Rande des Augenlids her. Das Bindegewebe ist dicht unter dem Epithel deutlich retikulär, erst in den darunter liegenden Schichten wird es längefaserig. In dem feinen Netzwerk, das übrigens auf der Photographie deutlicher charakterisiert ist, wie in der Farbentafel, liegen bläschenförmige Zellen, deren Aufsenmembran direkt in das Maschenwerk des Bindegewebes übergeht. Das bläschenförmige

[4] Neue biologische Beziehungen, l. c.

Protoplasma ist von feinen Fäserchen durchzogen, die auch ihm eine wabige Struktur verleihen. Genau in ihrem morphologischen Verhalten ebenso geartete Zellen liegen nun im Epithel und auf der Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe.

Die Gruppe der im Epithel liegenden Zellen wird von den Zellen *b, c, d, f* gebildet, während die Zellen *e, h, i, l, n* auf der Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe und die Zellen *a, g, k, m* deutlich im Bindegewebe liegen. Wir treffen also dieselben Zellgruppen unter denselben Verhältnissen, wie in Fig. 1 an und geben ihnen auch dieselbe Deutung. Der Vorgang der Desmoplasie ist beim Neugeborenen offenbar noch lebhafter. Die Vorstellung, dafs das Stratum germinativum der Epidermis auch die Matrix für das unter ihr liegende Bindegewebe ist, also zu ihm in einem Verhältnis steht, wie das Periost zum Knochen, dürfte bei eingehender Betrachtung dieser Bilder wohl nicht allzuschwer fallen.

Figur 3:
Linsenfleck des Gesichts.

Die Linsenflecke stehen den weichen Naevi durchaus nahe oder sind vielmehr kleinste Naevi. Man beobachtet in ihnen regelmäfsig Zellgruppen, die sich von der Epidermis loslösen und in gleicher Weise, wie es UNNA zuerst und nach ihm eine grofse Reihe von Autoren von den weichen Naevi beschrieben haben, ins Bindegewebe verlagert werden. Aufserdem zeigen aber die Linsenflecke denselben Vorgang auch an einzelnen Zellen und zwar in noch deutlicherer Weise und häufiger als die normale Haut und die Haut des Neugeborenen.

Das sehr schöne Präparat ist in der Photographie nicht so gut, wie ich es gewünscht hätte, wiedergegeben; immerhin wird man durch einen Vergleich mit der Farbentafel doch die Verhältnisse, auf die es ankommt, erkennen können. Die Gruppe der Zellen *a, b, c, d, e* zeigt fünf Zellen, die im Verhalten ihrer Kerne und ihres Protoplasmas ganz gleich sind, aber zum Teil im Bindegewebe, zum Teil im Epithel und zum Teil auf der Grenze zwischen beiden liegen. Eine analoge Zellgruppe liegt um die mit *f, g, h* bezeichneten Zellen, ferner zeigen die Zellen *k, l, m, n, o, p* und die Zellen *s, t, u, v* gleiche Anordnung und Lagerung; *r* ist ein schräg getroffener Retezapfen mit einer kleinen Kapillare in unmittelbarer Nähe des Epithels, während *q* den Querschnitt eines etwas gröfseren Gefäfses darstellt.

Von den drei Figuren zeigt den gröfsten Reichtum an desmoplastischen Zellen Figur 3, dann kommt Figur 2 und zuletzt Figur 1. Parallel mit dieser Erscheinung läuft auch der Zellenreichtum des Bindegewebes selber.

Das Bindegewebe der Linsenflecke und der Sommersprossen ist bekanntlich sehr viel zellreicher als normale Haut. Am deutlichsten ausgeprägt ist dieser Zellreichtum unmittelbar unter der Epidermis, während er geringer wird, je weiter man in die Tiefe der Cutis kommt.

Sehr deutlich sind auch diese Verhältnisse in der Haut des Neugeborenen, in der die bindegewebige Struktur des unter der Epidermis liegenden Bindegewebes sehr deutlich anders geartet ist als das der eigentlichen Cutis, das einen geringeren Zellreichtum und eine gröbere Bindegewebsfaserung zeigt als jenes. Das ist auch in der Figur 2 zu erkennen: Das zarte retikuläre Bindegewebe unter dem Epithel geht allmählich in das längsgestreifte festere über und zeigt durch diesen Übergang, daſs letzteres aus ersterem hervorgeht, daſs also das Dickenwachstum der Cutis von der epidermidalen Seite durch Apposition erfolgt. Diese Apposition wird durch die aus dem epithelialen Verbande austretenden Zellen bewirkt.

Figur 1 zeigt diese Verhältnisse am wenigsten deutlich. Nur ein bemerkenswerter Zellreichtum dicht unter der Epidermis ist vorhanden und zeigt auch hier das appositionelle Wachstum der Cutis an.

Die in Figur 1 abgebildeten Verhältnisse sind durchaus nicht aufsergewöhnlich, wenn man auch nicht häufig in der völlig normalen Haut Stellen findet, an denen sich die Desmoplasie der Epithelzellen so schön demonstrieren läſst, wie in Figur 1. Man kann aber fast in jedem mikroskopischen Schnitt, der von der Haut eines heranwachsenden Menschen stammt, mehrere Zellen finden, die Lage und Charakter der desmoplastischen Zellen haben.

Man findet sie stets, wenn man nur auf sie achtet.

Damit ist denn auch der Nachweis erbracht, daſs die Desmoplasie der Epithelzellen ein normaler Vorgang ist, dem eine hohe prinzipielle Bedeutung nicht nur für die Entwicklungsgeschichte und die Anatomie, sondern auch für die Pathologie zukommen muſs.

Fig. 1.

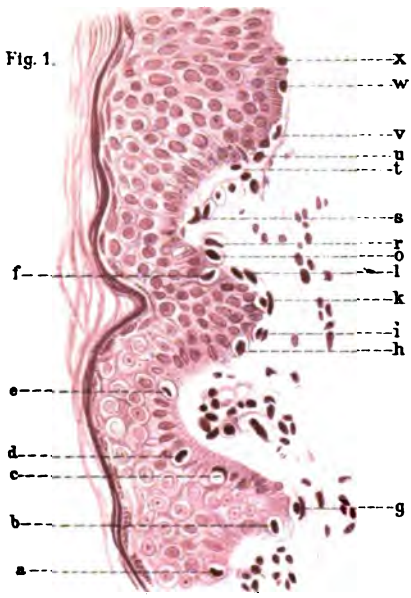


Fig. 2.

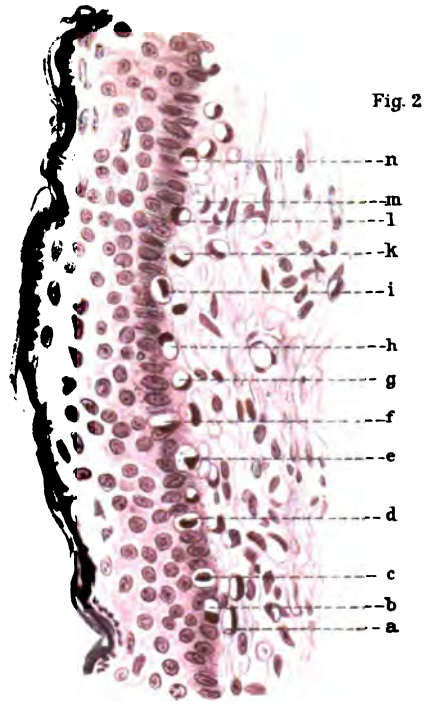
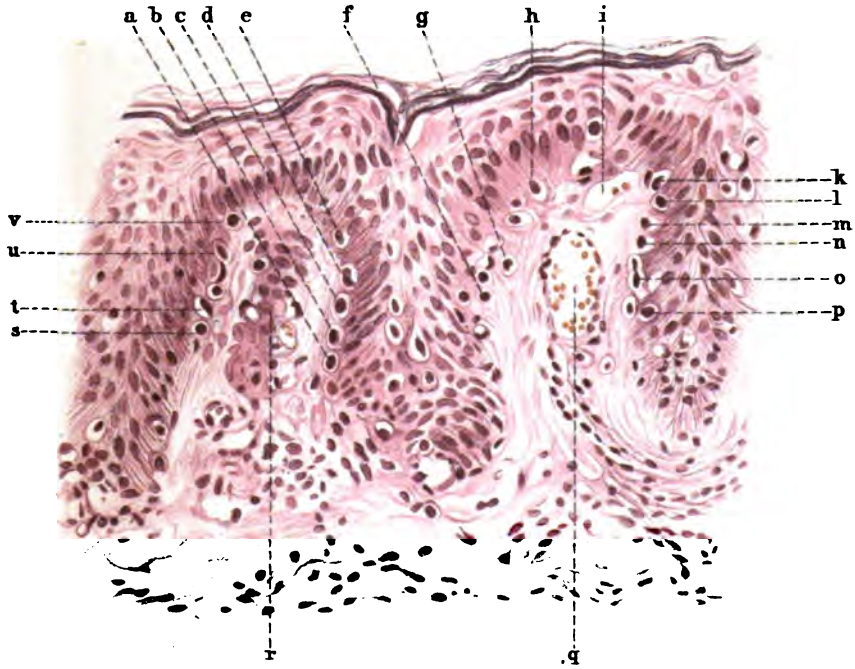


Fig. 3.



Kromayer.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

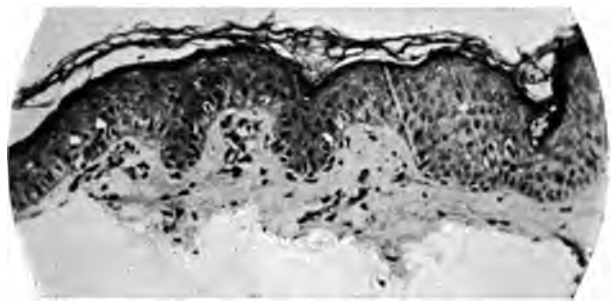


Fig. 1

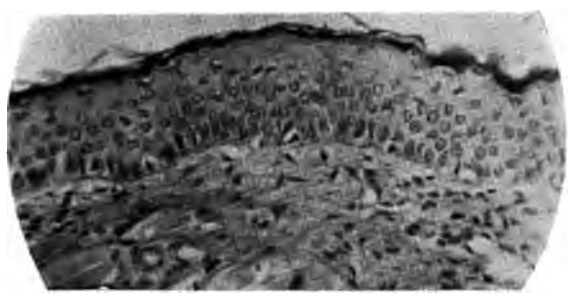


Fig. 2.

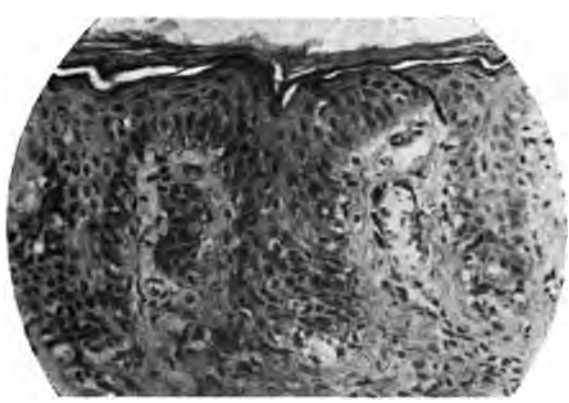


Fig. 3.

Aus dem I. anatomischen Institute der k. k. Universität Wien.

Zur Frage des Vorkommens der Talgdrüsen am inneren Blatte des Präputiums.

Von

Dr. Rudolf Paschkis.

Delbanco hat in einer Reihe von Publikationen das Vorkommen der freien Talgdrüsen an der inneren Lamelle des Präputiums, an den Labia minora und an der Wangenschleimhaut in ausführlicher Weise behandelt. In der Mitteilung „Zur Anatomie des Präputiums" finden sich nun einige Bemerkungen, auf Grund derer Herr Dr. Siegfried Grosz mich veranlafste, mein zu anderen Zwecken gesammeltes Material, das aus neun Präputien von Kindern verschiedenen Alters bestand (15 Tage bis 3 Jahre) auf das Vorhandensein von Talgdrüsen zu untersuchen. Bevor ich jedoch darüber berichte, möchte ich ganz kurz Delbancos verschiedene Befunde skizzieren; die ältere Literatur ist in D.s Arbeiten so ausführlich zitiert, dafs ich darauf verweisen kann.

1898 beobachtete Delbanco an zwei Patienten, die bei ihm wegen Lues eine Inunktionskur durchmachten, an der Wangenschleimhaut zahlreiche gelbe Knötchen, die er damals mit der Schmierkur in Zusammenhang brachte und als eine einfache Hypertrophie der Schleimdrüsen bezeichnete. Im folgenden Jahre korrigierte er seine Diagnose nach genauer histologischer Untersuchung, welche die Talgdrüsennatur der Knötchen ergab. 1904 und 1905 fand D. die analoge gelbe Körnelung an der Innenfläche des Präputiums und an den kleinen Labien. Die Männer, an denen er diesen Befund erhob, waren im Alter von 20 bis 38 Jahren und standen wegen Neurasthenia sexualis oder Dermatitis praeputialis in Behandlung, die Frauen litten an langdauerndem Fluor.

Bezüglich der älteren Literatur erwähne ich nur, dafs das Vorkommen freier Talgdrüsen am Präputium längst bekannt ist, dafs die einen sie als konstant, andere als selten vorkommend bezeichnen, dafs ihre Zahl und Gröfse sehr variiert und dafs sie nach Stieda bei jugendlichen Individuen stets fehlen.

Meine Untersuchungen beschränken sich, wie früher erwähnt, auf neun Präputien; aus jedem wurde ein annähernd rechteckiges Stück, welches das Frenulum enthielt, ausgeschnitten und in Serienschnitte zerlegt. Bei der Durchsicht meiner Präparate fand ich nun zweimal freie

Talgdrüsen am inneren Blatte und zwar bei einem vier Monate und einem acht Monate alten Kinde.

In ersterem Präparate sind sie in reichlicher Menge, im zweiten nur spärlich vorhanden. In einigen Fällen, in denen sich innen keine Drüsen fanden, sind auch an der Aufsenseite des Präputiums nur wenige sichtbar, ein Beweis für die aufserordentliche Variabilität in dem Vorkommen der Talgdrüsen auch am äufseren Blatte.

Delbanco hebt nun mit Recht besonders das gehäufte Auftreten der Talgdrüsen hervor; hätte er das blofs als Ausnahme oder Abnormität bezeichnet, wäre nichts dagegen einzuwenden. Er legt aber besonderes Gewicht darauf, dafs sich die gehäuften Talgdrüsen gerade bei Neurasthenikern und bei Leuten mit entzündlich gereizter Vorhaut finden; gleichwie er schon früher angenommen hatte, dafs die den Zahnreihen entsprechende Lokalisation der Talgdrüsen an der Wangenschleimhaut als eine Verstärkung des Reizes durch direkten Druck als eine Art auslösenden Momentes erklärt werden könne.

Bezüglich des Präputiums sagt er an einer anderen Stelle: „Ein wie dunkles Problem in diesem Falle die Neuanlage, oder um nicht aus der Reserve zu treten, die Weiterbildung von freien Talgdrüsen aus Talgdrüsenanlagen bedeutet, davon an späterer Stelle.“ An dieser läfst er es „unentschieden, ob die histologischen Bilder berechtigen, von einer stärkeren Entwicklung der Talgdrüsen unter dem Einflufs eines entzündlichen Reizes zu sprechen“. Später noch kommt er wieder auf die Talgdrüsen der Mundschleimhaut zurück und bemerkt, dafs er gerade die Häufung freier Talgdrüsen bei den an starker Salivation und schadhaften Zähnen leidenden Personen betonen wollte, und dafs ein äufserer Reiz ein bedenkliches Moment darstellt, geradezu die Conditio sine qua non ist usw.[1]

Nun fand ich, wie früher erwähnt, in zwei kindlichen Präputien Talgdrüsen; bei solchen Objekten kann man eine klinische Reizung wohl mit Sicherheit ausschliefsen; histologisch ist keine vorhanden. Dafs sich aber, wie Delbanco teils deutlich sagt, teils zwischen den Zeilen lesen läfst, Talgdrüsen in gehäufter Menge (auf die Lokalisation: Präputium, Labium minus, Wangenschleimhaut, kommt es ja nicht an) aus Anlagen von Talgdrüsen auf Grund verschiedener entzündlicher Reize entwickeln sollten, ist mindestens unwahrscheinlich, denn dafs sich normale Gebilde durch einen

[1] Delbancos Bemerkung, dafs die Talgdrüsen im Schnitt keinen Zusammenhang mit dem Deckepithel haben, sowie dafs ihm der Nachweis eines Ausführungsganges oder auch nur des Ersatzes eines solchen sehr selten glückte, kann nur durch Lückenhaftigkeit der Serienschnitte erklärt werden, da es oft vorkommt, dafs man bei Serien von Drüsen viele Schnitte durchsehen mufs, bis man einen Ausführungsgang findet und da funktionierende Drüsen, die mit der Oberfläche in keinem Zusammenhang stehen, unbedingt zu Retentionscysten führen müssen.

pathologischen Prozefs in typischer Weise neubilden oder weiter entwickeln, widerspricht jeder Erfahrung. Dafs sich, wie DELBANCO ferner sagt, postembryonal freie Talgdrüsen entwickeln, kann ja vorkommen, aber nicht auf Grund einer entzündlichen Reizung, sondern weil eben die Anlagen da waren. Aus meinen Befunden geht hervor, dafs die Talgdrüsen am inneren Präputialblatt schon sehr frühzeitig erscheinen und es ist auch gar nicht einzusehen, warum die Talgdrüsen gerade an dieser Stelle später erscheinen sollten als die am äufseren Blatte, an dem ich schon bei Embryonen aus dem sechsten Lunarmonate deutliche Talgdrüsen sah. Meiner Ansicht nach würde man bei gröfserem Material auch an embryonalen Präputien Talgdrüsen am inneren Blatte finden; wahrscheinlich sind DELBANCOS gehäufte Talgdrüsen auf exzessive Weiterentwicklung der schon früh vorhanden gewesenen und auf Neubildung aus gleichfalls schon lange bestehenden Anlagen zurückzuführen, die Entzündung ist dabei wohl kein ausschlaggebendes Moment. Dafs bei Personen mit Zahnfleischentzündung, Dermatitis praeputialis, Fluor die Talgdrüsen bezw. die gelben Körnchen deutlicher sichtbar sind, ist ohne weiteres einzusehen, da sie sich von der geröteten, entzündeten Unterfläche besser abheben. Dafs sich aber auch bei Männern ohne jede entzündliche Reizung des Präputiums die gelben Körnchen gleichfalls nicht allzuselten finden, beweisen die Beobachtungen, die mir Herr Dr. GROSZ freundlichst mitteilte. Dr. GROSZ untersuchte speziell Patienten, die keinerlei entzündliche Erkrankung des Präputiums aufwiesen und fand fast regelmäfsig Talgdrüsen (bezw. gelbe Knötchen) am inneren Blatte; die Reinigung erfolgte durch trockenes Abwischen der Frenulargegend. Anfangs ist die Körnelung nicht leicht zu sehen, jedoch bei einiger Übung gelingt der Nachweis derselben in der grofsen Mehrzahl der Fälle, wobei sich natürlich ein grofser Unterschied bezüglich der Anzahl ergibt.

Aus alledem möchte ich resümieren: Die freien Talgdrüsen am inneren Blatte des Präputiums sind normale, jedoch an Zahl und Gröfse sehr variable Gebilde, die sich schon bei Kindern nachweisen lassen; ob sie sich schon ante partum oder erst im früheren oder späteren Leben entwickeln, ist noch unentschieden. Wahrscheinlich treffen beide Möglichkeiten zu und hängt das Vorwiegen der einen oder der anderen von individuellen Umständen ab. In vielen Fällen sind sie bei Erwachsenen schon makroskopisch zu sehen, manchmal sind sie in excessiv reichlicher Menge vorhanden. Es geht jedoch nicht an, eine solche reichliche Entwicklung auf entzündliche Reizung zurückzuführen, vielmehr handelt es sich um Bildungen, die durch den entzündlichen Zustand leichter zur Anschauung gelangen.

Als zufälligen Nebenbefund erwähne ich noch, dafs ich in der Serie des Präputiums eines 18 Monate alten Knaben eine Cyste fand, die im Maximum

2 mm lang, 1,5 mm breit ist und sich durch 2 mm auf der Serie verfolgen läfst. Sie liegt im Gewebe des Präputiums näher dessen innerer Lamelle, ungefähr in der Mitte, dem Frenulum entsprechend, und hat an den Stellen, wo sie am gröfsten ist, das innere Präputialblatt etwas vorgewölbt; das Epithel des letzteren ist an der der Cyste entsprechenden Stelle etwas niedriger als in der Umgebung, die Papillen fehlen fast vollkommen. Die Cyste selbst ist von mehrschichtigem Plattenepithel ausgekleidet, und enthält in ihrem Innern eine wabig geronnene, fädige Masse, in der stellenweise noch mit Kern versehene Plattenepithelzellen sichtbar sind. Spezifische Farbenreaktionen (auf Schleim, Fett des Inhalts der Cyste) konnten leider nicht gemacht werden.

Literatur.

Delbanco. Sitzungsbericht: Hamburger ärztlicher Verein. *Münch. med. Wochenschr.* 1898. Nr. 47.

— Sitzungsbericht: Hamburger ärztlicher Verein. *Münch. med. Wochenschr.* 1899. Nr. 14.

— Über die Entwicklung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899. Bd. 29.

— Über das gehäufte Auftreten von Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputiums. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1904. Bd. 38.

— Zur Anatomie des Präputiums. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1904. Bd. 39.

— Über das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Labien. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 40. Nr. 2.

— Nachtrag zu dieser Arbeit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 40. Nr. 7.

Versammlungen.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 34. Kongrefs.

(Nach *Centralbl. f. Chir.* 1905. Nr. 30.)

Aus dem Bericht erwähnen wir folgendes:

Zur Pathologie und Chirurgie der Osteomyelitis gummosa der langen Röhrenknochen, von Landow. Gegenstand der operativen Behandlung war eine Hyperostose der Tibia, eine Spina ventosa des linken Metacarpus I und die unteren Gelenkenden beider Humeri. Das schwartig verdickte Periost war von bräunlichgelber Farbe, der Knochen zeigte schwefelgelbe Farbe. Der Erfolg der Operation, die durch spezifische Behandlung unterstützt wurde, war ein zufriedenstellender.

Über die malignen Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung, von Rosenbach. Vortragender sieht die Ursache der Malignität mancher Gesichtsfurunkel in dem eigenlichen anatomischen Verhältnis der Gesichtsmuskeln zur Haut und zum Unterhautzellgewebe. Durch die Muskelbewegung wird immer neues infektiöses Material in die Gewebsspalten hineingepreſst. Die Behandlung mufs in rücksichtslosen Inzisionen, eventuell mit Flächenschnitten, bestehen.

Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Kümmell. Vortragender berichtet über 114 Fälle von Prostataerkrankung. 51 mal wurde Bottini ausgeführt; die Erfolge waren recht gut. Auch die Kastration ergab gute Resultate. Die totale Entfernung der Prostata wurde 19 mal ausgeführt. K. gibt der suprapubischen Operation den Vorzug.

Über Prostatektomie, von Czerny. Auch Czerny hat 19 Prostatektomien gemacht und hält die Operation für aussichtsreich und die Erfolge für gut. Die Bottinische Operation gibt ebenfalls gute Resultate und hinterläßt bedeutend weniger unangenehme Nachwirkungen als die Totalexstirpation.

Radikaloperation eines Prostatacarcinoms, von Lexer. Vortragender schildert die Entfernung eines faustgroßen Prostatacarcinoms, die leicht gelang unter temporärer Resektion der Symphyse unter Bildung eines Knochen-Weichteillappens. Leider war die Heilung keine dauernde, denn nach zehn Monaten traten Lymphdrüsenmetastasen auf.

Auch die an der folgenden Diskussion teilnehmenden Herren sprechen für die radikale Exstirpation der hypertrophischen Prostata.

Über Harnblasengeschwülste bei Anilinarbeitern, von Rehn. Vortragender beschreibt mit Sektionsbericht einen Fall von Blasencarcinom, bei dem sich auch Carcinom des rechten Ureters und der rechten Niere fand.

Intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten, von Weinrich. Vortragender empfiehlt für nicht maligne Tumoren dringend die intravesikale Kauterisation mit dem Nitzeschen Operationscystoskop. Maligne Tumoren bleiben besser ein Noli me tangere.

Über renale und perirenale Abscesse nach Furunkeln und sonstigen kleinen peripheren Eiterherden, von Jordan. Metastasen in der Niere nach peripheren Eiterherden sind nicht selten; die Diagnose wird gestellt durch Nachweis der Eingangspforte, Druckschmerz an der zwölften Rippe und eventuell Vergrößerung der Niere. Der intrarenale Abceß soll vor dem Durchbruch aufgesucht und drainiert werden. *F. Hahn-Bremen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 77. Heft 1. Oktober 1905.

I. **Beitrag zur Frage der „Sarkoide" (Boeck) resp. der subcutanen nodulären Tuberkulide (Darier)**, von Max Winkler-Bern. Bei einem kräftigen Manne, dessen innere Organe inklusive Blut nicht nachweisbar erkrankt sind, traten in sehr chronischer Weise an verschiedenen Stellen des Körpers, besonders aber am Rumpf, in mäßiger Anzahl derbe indolente, cutan-subcutane Knoten auf, zunächst ohne Veränderungen der Oberfläche. Sie wachsen peripherisch bis zu beträchtlicher (Hand)-Größe und bilden dann kuchenartige Platten; sobald die Tumorbildung sich der Hautoberfläche nähert, wird diese im Anfang heller, später mehr dunkelbläulich- bis bräunlichrot verfärbt. Die Cutis büßt an Faltbarkeit ein, das Zentrum vertieft sich dann an vielen Stellen ein wenig, wird graubläulich bis selbst grauweißlich verfärbt. Dabei ist die Infiltration an der Peripherie über die verfärbte Partie hinaus zu verfolgen. Neben dieser Art der Entwicklung kommt es noch um die sich involvierenden

Zentren zu einer Art coymbiformer Aussprengung, so daſs rundliche kleine, rote Erhebungen das eingesunkene Zentrum umgeben. Bei der Involution treten ferner mehrfach gelbbräunliche, mit der Sonde leicht eindrückbare Flecke hervor. Wesentlich spärlicher sind nur ganz oberflächliche, in der Cutis lokalisierte Gruppen bildende papulöse Herde von etwas lichenoidem Aussehen, und nur einmal wurde eine circinäre Efflorescenz mit gelblichem, polycyklischem Saum konstatiert. Drüsen an verschiedenen Körperstellen teilweise geschwollen. Durch Arsenbehandlung erfolgte stets Besserung und schlieſslich durch eine lange Arsenikbehandlung scheinbar Heilung mit deutlichem Rückgang der Drüsen und zweifelloser Hebung des Allgemeinbefindens. Eine antiluetische Kur hatte total versagt. Die histologische Untersuchung einzelner exstirpierter Teile zeigte, daſs es sich um Geschwülste handelte, die aus Knötchen zusammengesetzt sind, deren Struktur sehr stark an diejenige des Tuberkels erinnert. Sie bestehen aus Riesenzellen, epitheloiden und Rundzellen. Anzeichen von zentraler Nekrose lassen sich an einzelnen gröſseren Knötchen feststellen. Der Gedanke an eine sarkomatöse Geschwulst lag nahe wegen der Massenhaftigkeit der Neubildungen und wegen des ganz auſsergewöhnlichen klinischen Bildes. Die histologische Untersuchung aber zeigt, daſs es sich um eine Granulationsgeschwulst handelt, und zwar kommt für diesen Fall die Boeckesche Form am nächsten, um so mehr, als auch unter den von Darier und von Pelagatti als „Lupoid“ resp. als „beningnes Sarkoid“ publizierten Fällen einzelne sind, welche wegen der Mässigkeit der Knotenbildung gröſsere Ähnlichkeit mit diesem Falle haben als die Boeckschen Fälle selbst. Darüber, ob diese Krankheitsformen mit der Tuberkulose in Zusammenhang stehen, gibt auch dieser Fall keinen positiven Aufschluſs.

II. **Zur Frage des Jodismus (Thyreoiditis jodica acuta)**, von M. P. Gundobow-St. Petersburg. Obgleich das klinische Bild des sogenannten Jodismus kein streng begrenztes ist, sondern ein sehr kompliziertes und mannigfaltiges Konglomerat von pathologischen Symptomen darstellt, so umfaſst es bei weitem noch nicht alle bei Jodgebrauch sich entwickelnden Krankheitserscheinungen, und kann sein Studium noch nicht als abgeschlossen gelten; daher erscheinen noch öfter Arbeiten über noch unbekannte Jodismussymptome. Als eigentlicher Jodismus sind diejenigen Formen anzusehen, bei welchen ein oder wenige Organe oder Gewebe affiziert werden, die Krankheitserscheinungen mehr lokale sind, das Allgemeinbefinden des Patienten nicht beeinflussen und nach Aussetzung der Behandlung verschwinden, ohne an der affizierten Stelle starke Veränderungen hervorzurufen. Diese Formen sind in die in der Pharmakologie als feststehend geltenden Idiosynkrasien einzureihen. Die häufigsten Äuſserungen des Jodismus sind Affektionen der Schleimhäute sowie verschiedene Hauteruptionen. Die Beobachtungen über Affektionen der Glans thyroidea bei Jodismus sind selten; wir wissen aber, daſs die Schilddrüse das einzige Organ ist, welches Jod enthält, und daſs sie eine ausgeprägte Affinität zum Jod besitzt und dasselbe gierig aufnimmt. Verfasser beobachtete einen typischen Fall von Jodismus, wo der Patient vor der Jodkaliumverordnung durchaus keine Schwellung der Schilddrüse aufwies, aber nach Jodgebrauch eine starke Schilddrüsenschwellung zeigte, welche wieder schwand, sobald das schädliche Agens nicht mehr gereicht wurde und seine Wirkung einstellte.

III. **Ein Fall von Venensyphilis im Sekundärstadium**, von Karl Marcus-Stockholm. Ein 24jähriger Mann bot auſser sekundär-syphilitischen Symptomen das Bild einer ausgebreiteten, strangförmigen, oberflächlichen Phlebitis an beiden Beinen dar und auſserdem an beiden Unterschenkeln nodöse Infiltrate und Hautblutungen. Diese Erscheinungen traten vier Monate nach der syphilitischen Infektion und drei Wochen nach einer gröſseren körperlichen Anstrengung, gleichzeitig mit einem

deutlichen Rezidiv auf, ohne grofse subjektive Beschwerden zu machen. Die antiluetische Therapie beseitigte schnell die Phlebitis und die Infiltrate. Die mikroskopische Untersuchung einzelner betroffener Teile zeigte, dafs der Prozefs ein mit starken Kapillar- und Lymphgefäfsveränderungen verbundener, Riesenzellen und Unnasche Plasmazellen in Menge führender Inflammationsprozefs ist. Sein spezifischer Charakter läfst sich überall feststellen. Der Ausgangspunkt ist die Intima und eventuell die innere Längsschicht der Media. Die körperliche Anstrengung war das verursachende Moment der Phlebitis.

IV. **Weiterer Beitrag zur Pathologie der blennorrhoischen Epididymitis,** von Gustav Baermann-Breslau. In einer früheren Arbeit hatte Verfasser bereits gezeigt, dafs die blennorrhoische Epididymitis in jedem Fall durch eine lokale Einwanderung von Gonokokken verursacht ist. Es war aber dadurch nicht bewiesen, auf welchem Wege die Einwanderung der Gonokokken erfolgt. Das Naheliegendste ist, dafs dieselbe durch das Vas deferens geschieht, ein zweiter Weg wären die Lymphbahnen. Die Berichte von pathologisch-anatomischen Untersuchungen von blennorrhoischen Epididymitiden sind nur spärlich. Die neuen Versuche Baermanns beweisen, dafs es in einem grofsen Teil der Fälle zu einer ausgedehnten Zerstörung des Vas epididymidis kommt, und dafs es daher nur in seltenen Fällen zu einer Restitutio ad integrum des erkrankten Nebenhodens kommen kann. Von der Überzeugung ausgehend, dafs eine Reihe von Epididymitiden mit einer Abszedierung enden, hat Verfasser bei einer gröfseren Anzahl von Fällen inzidiert, um den Abscefs zu öffnen und dadurch vielleicht günstigere und raschere Heilungsbedingungen zu schaffen. Die Abscefsbildung scheint bereits am zweiten und dritten Tage nach Auftreten der deutlichen klinischen Erscheinungen vollendet zu sein. Bei anderen Formen kommt es manchmal nicht zu einer lokalisierten circumskripten Abscefsbildung, sondern zu einer vollständigen Zerstörung des Nebenhodens. Es folgt dann ein Bericht über die mikroskopischen Befunde bei Epididymitis und die Beschreibung der Operation der Transplantation des Samenstranges, welche Verfasser bei durch doppelseitige Epididymitis herbeigeführter Sterilität empfiehlt. Im ganzen beweisen aber B.s Untersuchungen, dafs die blennorrhoische Epididymitis fast stets quoad functionem einen ungünstigen Ausgang nimmt, eine Therapie dagegen gibt es nicht; es bleibt also nur eine wirksame Prophylaxe, und das ist die sofort einsetzende energische und zielbewufste Behandlung der akuten Blennorrhoe.

V. **Zur Ätiologie und Klinik der Balanitis erosiva circinata und Balanitis gangraenosa,** von R. Müller und G. Scherber-Wien. Die Versuche der Verfasser ergeben, dafs es eine klinisch und anatomisch genau charakterisierte Form von erosiver kontagiöser Balanitis gibt, die unter begünstigenden Umständen zu tiefergreifender Gangrän führen kann. In den betreffenden Erosionen resp. gangränösen Geschwüren fand sich regelmäfsig ein charakteristischer, vibrioförmiger Gram-positiver Mikroorganismus, den man für die Affektion verantwortlich machen mufs, daneben in allen Fällen bis auf einen eine Gram-negative Spirochaeta. Vibrionen und Spirochaeten wachsen nur auf serumhaltigen Nährböden unter anaeroben Kulturverhältnissen. Ob diese Mikroorganismen mit den bei erosiven und gangränösen Prozessen der Mund- und Rachenhöhle sich findenden identisch sind, kann derzeit noch nicht entschieden werden.

VI. **Einige Bemerkungen zu Siebert's Aufsatz: Über die Natur der nach der Justusschen Methode des Quecksilbernachweises in den Geweben erhaltenen Niederschläge,** von Eugen Kassai-Budapest. Verfasser wendet sich gegen die Sieberrsche Einwendung; der mit der Justusschen ersten Methode erhaltene Nieder-

schlag sei ZnS; dieser Einwand wird nach der inzwischen (Band 75) publizierten Methode, wo Zinksalze zur Fixation überhaupt nicht zur Verwendung kommen, von selbst hinfällig. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

September 1905.

I. **Dermato-venerologische Impressionen**, von Ludwig Falk - Charbin. Aus dem vierten Charbinschen Feldspital für venerische Kranke sendet Verfasser einen höchst interessanten Bericht, welcher zeigt, dafs in der Zeit vom 26. Mai 1904 bis 26. Mai 1905 etwa 10000!! Kranke ins „venerische" Hospital aufgenommen wurden, dafs also täglich etwa 40 neue Kranke aufgenommen wurden. Berücksichtigt man, in Nikolsk-Ussurijsk und in Tschita zwei ebenso grofse Spitäler existieren, und dafs in fast allen Feldspitälern und Regimentsambulatorien venerische Kranke behandelt werden, so gewinnt man eine annähernde Vorstellung von der Verbreitung dieser Erkrankungen in der russischen Armee. Es zeigten sich viele schwere Sekundärerscheinungen und viele tertiäre Luesfälle. Therapeutisch wurden meist intramuskuläre Salicylquecksilberinjektionen angewandt, bei denen Verfasser nie Embolien, wenig Infiltrate, promptes Zurückgehen objektiver Symptome und selten Stomatitis beobachtete; Ulcera mollia und Bubonen kamen häufig vor. Die Blennorrhoebehandlung wurde nur sehr mangelhaft ausgeführt, meist nur mit Injektionen von Ricordscher Lösung; Protargol usw. waren zu teuer! Dermatologisch erzielte Verfasser gute Resultate mit tiefen Karbolinjektionen bei 20 Fällen von Pustula maligna. Erysipel wurde mit Ichthyol erfolgreich bekämpft. Skorbut war sehr häufig, ebenso Scabies, Furunkulose, Impetigo, Ekzem, Psoriasis, Erythema exsudativum multiforme und in den letzten Wochen besonders Erythema solare. Die Medikamente waren nur spärlich zur Stelle; der therapeutische Schutz für Hautkrankheiten bestand fast nur in Borsäure und Vaselinum album!

II. **Ein Fall von idiopathischen Schleimhautgeschwüren der Zunge**, von Schourp - Danzig. Gautier hat drei Formen von Desquamatio linguae aufgestellt: 1. Die schmerzlose, vorübergehende Desquamation à découpures nettes, die scharfrandige Desquamation; 2. die schmerzlose chronische mit gewundenen Rändern; 3. die beim Kauen schmerzhafte chronische Desquamation lichénoide. Schourp beobachtete einen Fall, der eine Übergangsform der zweiten und dritten Gruppe bildet. Es handelt sich um einen 32jährigen Rechtsanwalt, der seit elf Jahren eine schmerzhafte Empfindlichkeit an der Zunge beim Essen und Trinken spürt. Schon damals bestand am Seitenrande und an der Spitze je ein kleiner Spalt, der von einem gelblichen Saume begrenzt wurde und ohne Erfolg mit 5%iger Chromsäure behandelt wurde, ebenso wie mit anderen Mitteln. Im Gegenteil nahm die Krankheit allmählich zu. Jetzt besteht das ausgesprochene Bild der Lingua areata: kreisfleckige Exfoliationen, oberflächliche Exkoriationen, weifse bis weifsgelbe bandartige Streifen, oberflächliche Geschwüre mit rotem, granuliertem Grund und schmalem, etwas erhabenem, weifsem oder gelbem Rand. Die Affektion wandert herum. Schourp pinselte mit $^1/_{10}$—1%igem Acidum lacticum und machte Kochsalzspülungen ohne Dauererfolg. Max Joseph empfahl möglichst vegetabilische, reizlose Kost, Anwendung von Enguform solubile in Form von Pinselung und Einreibung. Auch dieses brachte keine Heilung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1905. Band III. Heft 4.

1. **Dürfen Krankenkassen hygienische Kongresse beschicken?** Die Abhandlung knüpft an zwei kürzlich ergangene Urteile an, die in Sachen Beschickung hygienischer Kongresse gegen Krankenkassen in Bielefeld und Berlin ausgesprochen worden sind. Die Allgemeine Ortskrankenkasse in Bielefeld hatte drei Mitglieder zum Besuche des Kongresses der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten abgeordnet. Daraufhin hatte der Magistrat der Stadt als Aufsichtsbehörde diese drei Herren aufgefordert, die Kosten aus eigener Tasche der Ortskrankenkasse zurückzuerstatten, und als dem nicht Folge geleistet wurde, die Klage beim Gericht eingereicht. Letzteres verneinte aber eine Verpflichtung zur Rückerstattung jener Kosten. Die Beschickung des genannten Kongresses sei ganz gerechtfertigt, zumal die bisherige gesetzliche Bestimmung, den Geschlechtskranken kein Krankengeld zu gewähren, aufgehoben werden sollte und die Anhörung der Verhandlungen des Kongresses zur Aufklärung der Kassenverwaltung gedient habe. Anders lautete die Entscheidung gegen die Berliner Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker. Diese Kasse wollte ihr Statut dahin ändern, dafs für jährlich bis 1500 Mark Aufwand für Beschickung von Kongressen zur Bekämpfung der Tuberkulose, des Alkohols und der Geschlechtskrankheiten sowie zur Beschickung von Wohnungskongressen gestattet werden solle. Gegen einen Protest des Bezirksausschusses legte die Kasse Revision beim Oberverwaltungsgericht ein. Zur Aufgabe der Kassen gehöre auch die Prophylaxe, und um diese üben zu können, müsse Gelegenheit geschaffen werden, auf derartigen Kongressen Anregung und Belehrung einzuholen. Das Oberverwaltungsgericht stellte sich aber nicht auf diesen Standpunkt, weil obengenannte Mafsnahmen aufserhalb des gesetzlichen Rahmens der Kasse lägen.

2. **Naturzweck**, von Hans Ferdy. Kurze Polemik gegen den Pfarrer Dr. von Rhoden, der in einem offenen Briefe an Neisser behauptet hatte: „So wendet sich der Geschlechtstrieb von seinem legitimen Naturgrunde immer geflissentlicher ab und sinkt zum blofsen Genufstriebe, ja zur Gemeinheit herab, zur Gemeinheit natürlich auch innerhalb der Ehe dort, wo man jenen Naturzweck der Ehe zu umgehen, den natürlichen Erfolg künstlich zu hintertreiben sucht.“ „Da, meine ich nun, könnte ein Mediziner kaum darum herum kommen, die entsetzlichen Krankheitsfolgen . . . . als die Art zu kennzeichnen, wie die Natur ihr energisches Mifsfallen über jene unnatürliche Entartung eines von Haus aus heiligen Triebes ausdrückt.“

Hopf-Dresden.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Bd. II. Heft 8.

Ein Fall von Verschleppung eines 14jährigen Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell, von W. Hammer-Berlin. Verfasser, welcher sich bekanntlich mehrfach mit der Psychologie und den allgemeinen Verhältnissen der Berliner Prostituierten beschäftigt hat, berichtet über einen ihm als glaubhaft erscheinenden Fall, bei welchem ein 14jähriges Mädchen ohne ihr Wissen in ein Bordell geraten und dort, trotzdem ein Arzt ihre Virginität konstatiert habe, zurückgehalten worden sei. Das Mädchen war Waise, war bei Pflegeeltern untergebracht. Eines Tages traf sie mit einer ihr unbekannten Frau zusammen, welche ihr sagte, sie wüfste in einer anderen Stadt bessere Pflegeeltern für sie, und ihr dann einen Brief mitgab und das

Eisenbahnbillett. Der Brief war an die Besitzerin eines Bordells gerichtet. Hier verblieb das Mädchen $^3/_4$ Jahre, worauf es dann nach Berlin zurückkehrte — und sich allerdings dort weiter der Prostitution ergab. H. wirft der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor, dafs sie in ihren Empfehlungen (*Merkblatt*) sich Inkonsequenzen zuschulden kommen lasse. Namentlich wendet er sich aber gegen von Notthafft, der sich geäufsert hat (*Monatsschr. f. H. u. s. H.*, Nr. 6), in Deutschland könne ein Mädchen nicht ohne ihr Wissen in ein Bordell verschleppt werden.

Bemerkungen zu obigen Ausführungen des Herrn Dr. Wilh. Hammer-Berlin, von Freiherrn von Notthafft-München. An diesem Bericht legt v. N. eine (begründete) Kritik an, indem er ausführt, dafs nach der ganzen Schilderung der Beweis der gänzlichen Unwissenheit und moralischen Intaktheit des Mädchens bei Aufnahme im Bordell als durchaus mifsraten zu erachten ist. Sie hätte ruhig bei den Pflegeeltern bleiben können. Dagegen stürzte sie sich ohne weiteres Besinnen in das ihr allerdings wohl nicht genau bekannte, aber verlockend erscheinende Abenteuer. Von einer vollständigen Überlistung einer Unfreiwilligen ist hierbei also wohl nicht gut zu reden. Ehe eine amtliche Feststellung des wahren Tatbestandes erhoben werde, könnte man diesen Bericht nicht als der Wirklichkeit entsprechend gelten lassen. — Aufserdem enthält der Artikel eine Abwehr gegen einige von H. erhobene Vorwürfe von mehr persönlicher Art.

Die Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs seitens des Arztes ist unzulässig, von Benninghoven-Berlin. Entgegen dem von Marcuse (*diese Zeitschr.*) vertretenen Standpunkt erklärt B., dafs ihm in seiner Praxis noch kein Fall begegnet sei, bei welchem die sexuelle Abstinenz bei sonst gesunden und normal veranlagten Menschen körperliche oder geistige Störungen hervorgerufen hätte. Er meint, dafs eine derartige Störung wohl nur bei solchen Individuen eintreten wird, welche in früherer Zeit sich zu intensiv der Befriedigung des Geschlechtstriebes hingegeben hätten, und diesen braucht nicht erst vom Arzte geraten zu werden, den Verkehr wieder aufzunehmen. Als äufserst wichtig bezeichnet es Verfasser, die heranwachsende Jugend richtig zu leiten. Man behüte sie vor schlechter Lektüre. Hierzu gehören auch zahlreiche Stellen sogar in der Bibel, deren Ausmerzung in einer für die Schule herzurichtenden Ausgabe erwünscht wäre. Ferner ist gegen die übermäfsige Fleischnahrung, den frühzeitigen Genufs von Alkohol, minderwertige Vergnügungslokale usw. anzukämpfen. Aufklärung der Jugend über die Nachteile des Mifsbrauchs der Geschlechtsfunktionen ist auch durchaus in gröfserem Mafse nötig. Gesetzt aber, der Arzt wäre in der Lage, einem Patienten seines Nervenzustandes wegen den Geschlechtsverkehr als nützlich zu bezeichnen, so kann er dies, wie B. des längeren ausführt, aus Gründen der Moral in ihren verschiedenen Beziehungen doch nicht verantworten. Das kleinere Übel mufs zur Vermeidung des gröfseren ertragen werden. Vollends einer Dame dieses Mittel zu empfehlen, hält B. für absolut ausgeschlossen.

Klinischer Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des Gonosans, von F. Passarelli-Rovigo. Bei 11 Fällen von akuter resp. subakuter Blennorrhoe hat P. das Gonosan in der üblichen Weise unter Beiseitesetzung aller sonstigen Behandlung angewandt, und war mit dem Erfolge so aufserordentlich zufrieden, dafs er nicht ansteht, diese Behandlung als die beste, sicherste und am raschesten zum Ziele führende zu bezeichnen.

Über sexuelle Neurasthenie, von M. A. Stern (Fortsetzung). In Ergänzung des in der vorigen Nummer begonnenen Krankenberichts teilt S. des weiteren mit, dafs Patient auf Befragen zugab, seit zwei Jahren den Coitus interruptus auszuüben, und damit fielen auch zeitlich die intensiven Attacken von Magenschmerzen zusammen.

Fall II betraf einen 32jährigen, intelligenten Herrn, der, von vornherein etwas neurasthenisch, verheiratet, Vater von drei Kindern war. Seit Geburt des zweiten Kindes hat er Coitus interruptus ausgeübt und leidet seit ungefähr ebensolange an zeitweilig sehr intensiven Magenschmerzen: Sodbrennen, Aufstofsen, Magendruck, Erbrechen, sowie allgemeine Zerschlagenheit und Kopfweh. Bei zeitweiliger Ausübung des normalen Coitus waren alle Beschwerden verschwunden.

Als drittes Beispiel berichtet S. über eine 32jährige Ehefrau, Mutter von fünf Kindern. Bei dem Ehemann hat der Coitus interruptus anscheinend keinen nachteiligen Einfluſs ausgeübt. Bei der Frau traten dagegen in zunehmender Intensität Attacken von Darmkolik hervor, für welche Verfasser trotz sorgfältiger Prüfung eine andere Erklärung nicht finden konnte. Ovarien und Uterus waren sehr hyperästhetisch, ohne vergröfsert zu sein. Als sonstige Äufserungen einer abnormen Reizung der Genitalsphäre nennt S. noch das paroxysmale Niesen, Schwellung der Nasenschleimhaut, Hyperästhesien des Kehlkopfes, einen eigentümlichen Husten, Herzklopfen, Beklemmungen, neben weiteren Symptomen seitens des Magendarmkanals, wie anhaltendes Gurren und Plätschern, sowie Neigung zu Obstipation resp. heftigen, plötzlichen Durchfällen. (Fortsetzung folgt.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1904/05. Band III. Nr. 7.

Persönliche Ansichten über die Maſsregeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. von Düring-Kiel. Den Inhalt der Arbeit des Verfassers bilden die Anschauungen, welche er in einem Gutachten an den preuſsischen Kultusminister und in seiner öffentlichen Vorlesung über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten niedergelegt hat. Der erfolgreiche Kampf gegen die Venerie besteht einesteils in deren Behandlung, andernteils in der Ausschaltung der Ursachen des Übels. Bezüglich letzteren Vorgehens wendet sich der Verfasser zuerst zu den Quellen der Geschlechtskrankheiten. Zwar ist auch bei uns der Fall nicht selten, daſs Tripper und Syphilis auf anderem als dem Wege des Geschlechtsverkehrs zur Übertragung kommen, aber im allgemeinen kann für Europa behauptet werden, daſs dies für die gröſste Mehrzahl der Fälle nicht zutrifft. In Kleinasien z. B. sind die Verhältnisse gerade umgekehrt. Im übrigen kann man sagen, daſs die Prostitution die Hauptquelle der Geschlechtskrankheiten darstellt. Selbst in der Türkei, wo die Prostitution viel offenkundiger, begrenzter und viel weniger zahlreich ist, und polizeiliche Gewalt in paradiesischer Machtfülle haust, gelingt es den Behörden ebensowenig wie bei uns, dieses Übels Herr zu werden. Die Prostitution ist die Hauptquelle der Geschlechtskrankheiten, ihre Sanierung also der wirksamste Kampf gegen die Venerie. Es gibt zwar ohne Zweifel eine Anzahl von Prostituierten, welche man als Degenerierte wohl bezeichnen muſs. Ganz falsch wäre es aber, alle Prostituierte für Entartete zu halten, für entartet im Sinne Lombrosos. Auch ist zu bezweifeln, ob jene Degenerierten auch gerade Prostituierte werden muſsten. Nicht jeder und jede, die Entartungszeichen irgendwelcher Art aufweisen, müssen gleich Verbrecher oder Prostituierte werden. Jedenfalls trägt unsere Gesellschaft einen Teil der Schuld an mancher Entartung. Ganz abgesehen von Angebot und Nachfrage meint Düring, daſs entartete wie normal empfindende Frauen heutzutage durch allgemeine soziale Verhältnisse der Prostitution in die Arme getrieben werden. Hier spielen Wohnungsnot und Schlafstellenwesen eine unheilvolle Rolle. 1885 gab es in Berlin nicht weniger als 152493 Wohnungen mit je nur einem heizbaren Zimmer. Von diesen wurden 2 Zimmer von je mehr als 20 Personen, 5 Zimmer von je 15—19 Personen, 554 Zimmer von

je 10—14 Personen und 46141 Zimmer von je 5—9 Personen bewohnt. 31320 Wohnungen bestanden überhaupt nur aus einem Raume, für den je 5—11 Bewohner in etwa 2000 Fällen konstatiert wurden. Es waren im Jahre 1880 schon 5 %, 1885 sogar 6,1 % der gesamten Bevölkerung Inhaber und Inhaberinnen von Schlafstellen. Es liegt auf der Hand, daſs bei diesem Schlafstellenwesen Kinder Dinge zu sehen bekommen, von denen andere keine Vorstellung besitzen. Wie viele Minderjährige, die zu Hause keine warme Stube besitzen, werden in der Zeit zwischen Schulschluſs und Rückkehr der Eltern verführt. Auch auf diesem Wege kommen viele Frauenspersonen zur Prostitution. Ströhmberg sieht weniger im sozialen Elend die Quelle der Prostitution als in der Entartung der fallenden Mädchen. Nicht Arbeitslosigkeit, sondern Arbeitsscheu halte sie von der Arbeit ab. Denn es gebe ja auch arbeitende Mädchen mit kärglichem Lohn, die sich darum doch nicht der Prostitution in die Arme würfen. In den oberen Ständen leben etwa 90 % der jungen Männer in geschlechtlichem Verkehr, und in den unteren Bevölkerungskreisen leben beide Geschlechter vielfach zusammen. Daſs dies letztere nicht auch in den oberen Kreisen geschieht, hat seine Erklärung in der Rücksicht auf die „Sitte", in der dauernden Beobachtung der Mädchen durch die Familie und in dem frühzeitigen Eingehen von Ehen. Viele Mädchen, welche dauernd des Geschlechtsverkehrs entraten müssen, werden hysterisch und „alte Jungfern". Daſs die Frau als solche ein sexuelles Bedürfnis habe, dafür sprächen Bücher wie „Das dritte Geschlecht" und „Das Recht auf Mutterschaft". „Bei der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten spielt die ganze Klasse der praktischen Anhänger und Anhängerinnen der freien Liebe die gröſste Rolle" — sagt der Verfasser. Er wendet sich dann zur Beantwortung der Frage: „Was geschieht gegenwärtig zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten?" Die Erörterungen bedeuten ein absolutes Verurteilen der gegenwärtigen Reglementierung, Bordellierung und sittenpolizeilichen Überwachung. An der Einschreibung hat einzig und allein die Polizei ein Interesse, weil die Klasse der bestbekannten Prostituierten eine Handhabe zur besseren Fühlung mit der Welt der Verbrecher bildet. Darüber vergiſst die Polizei alle rechtlichen und moralischen Gegengründe. Die heute geübte Reglementierung wird sonst fast allseitig verworfen, und viele ziehen ihr bei ihrer Mangelhaftigkeit das völlige Fehlen einer Überwachung überhaupt vor. Düring stimmt Schmölders Urteil zu, daſs das Eindringen der zwangsweisen Einschreibung der Mädchen in die Listen der Polizei auf preuſsischem Boden völlig gesetzwidrig ist. Viele Mädchen und Frauen werden erst durch die Registrierung in diesen Listen zur wirklichen Prostitution getrieben. Wer unter „Sitte" steht, bleibt geächtet. Ihm ist ein Herauskommen aus dem Sumpfe fast unmöglich gemacht. Nach dem Berichte der New Yorker Kommission der Fünfzehn ist auch diese Kontrollierung ein tadelnswerter Eingriff in die persönlichen Rechte des Individuums. Vom gesundheitlichen Standpunkte aus läſst sich ein Nutzen der heutigen Reglementierung nicht anerkennen, weil nur ein kleiner Teil der sich Prostituierenden von der Kontrolle getroffen wird. Auſserdem entziehen sich viele Frauenzimmer den Untersuchungen. So sind 1888—1901 mehr als 50 % aller Untersuchungen in Berlin nicht ausgeführt worden, weil die Mädchen nicht erschienen waren. Frank nennt das die Flucht aus den Listen. Des weiteren bezweifelt Verfasser die Richtigkeit der Ansicht Hoppe-Seylers für Kiel, daſs die Zahl der Syphilisfälle wie der übrigen venerischen Affektionen bei der freien Prostitution viel höher sei als bei der reglementierten. Dem stehen nämlich Zahlen von Blaschko gegenüber:

Jährlicher Prozentsatz der an Syphilis Erkrankten

	Reglementierte	Freilebende
Paris 1878—1887	12,2	7,0

	Reglementierte	Freilebende
Brüssel 1887—1889	25,0	9,0
Petersburg 1890	33,5	12,0
Antwerpen 1882—1884	51,3	7,7

Bestünden aber wirklich geringe hygienische Vorteile, die Düring und andere, wie gesagt, bezweifeln, so hat doch das jetzige System rechtliche und ethische Bedenken schwerster Art. Heute versucht jede kontrollierte Weibsperson, die erkrankt ist, eine Berührung mit dem behandelnden Faktor zu vermeiden. Würden die heutigen Zwangszustände, die Einschreibung usw., in Wegfall kommen, so würden viele, sehr viele Erkrankte sich zur Behandlung bereit finden. Eine grofse Gefahr beim heutigen System ist die durch die heutige Untersuchung gegebene Bürgschaft für die Gesundheit der kontrollierten Frauenspersonen, welche das Publikum sich konstruiert und als bestehend ansieht. Ebenso ist die Zwangsregistrierung Minorenner höchst verwerflich. Auch die französische aufserparlamentarische Kommission hat den Beschluſs gefafst, dafs die Reglementierung der Prostitution zu verwerfen ist. (Schluſs folgt.)

Hopf-Dresden.

Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

September 1905.

Dermatitis herpetiformis im Kindesalter, von John T. Bowen-Boston. B. teilt die von ihm beobachteten Fälle in zwei Hauptgruppen ein: die ersten sechs Fälle betrafen ausschliefslich Kinder (im Alter von vier bis zehn Jahren), bei welchen das Hautleiden unmittelbar im Anschluſs an die Impfung auftrat, von weiter beobachteten neun Fällen (bei Kindern im Alter von drei bis zehn Jahren) war der Zusammenhang mit der Impfung nur bei zweien nachzuweisen. Die Hauptschlüsse, welche B. aus diesen Beobachtungen zieht, sind sodann folgende: in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen von Dermatitis herpetiformis im Kindesalter fehlt der multiforme Charakter derselben, indem nur häufig rezidivierende Gruppen von Bläschen und Blasen ohne andere Erscheinungen auftreten. Meist fehlen entweder subjektive Symptome, wie Jucken, Brennen, Schmerzen, oder sind nur in ganz geringem Mafse vorhanden, so dafs wenigstens bei Kindern diese Beschwerden nicht zu den vier Hauptsymptomen der Krankheit gerechnet werden können. Die Impfung kann in manchen Fällen die direkte Veranlassungsursache der Hauteruption sein, wenn auch nicht im Sinne einer Infektion. Gewisse Körperstellen sind der Lieblingssitz der Dermatitis herpetiformis, nämlich die Umgebung der Nase, Mund, Augen, die Rückenfläche von Händen und Füfsen, von Hand- und Fufsgelenken und die Umgebung der Geschlechtsorgane. Die von Unna aufgestellte Hydroa puerorum ist nach B.s Ansicht entweder eine Krankheit für sich oder jedenfalls eine, von der vorliegenden ganz verschiedene Varietät der Dermatitis herpetiformis. Mit Unna stimmt Bowen darin überein, dafs das wichtigste aller Symptome von Dermatitis herpetiformis die häufigen Rezidive sind, als weiteres Charakteristikum kommt sodann die Tendenz des Ausschlags, sich in Bläschen zu gruppieren und schliefslich die geringe Störung des Allgemeinbefindens. Bezüglich der Ätiologie der Dermatitis herpetiformis bringen die Fälle B.s keine nennenswerte Aufklärung.

Zur Behandlung der Elephantiasis, von H. C. Curl. Das Verfahren, welches C. vorschlägt und welches zwar keine Dauerheilung darstellt, aber eine bedeutende Verminderung im Umfang des Beines bewirkt, das Gehen wieder ermöglicht und die Amputation auf viele Monate und sogar Jahre hinausschiebt, besteht darin, dafs von Zeit zu Zeit, sobald die Gewebe schlaff werden, keilförmige Stückchen aus Haut und

Unterhautgewebe exzidiert werden; in den meisten Fällen wurde Heilung per primam erzielt. In dem Falle, welchen die der Arbeit beigegebene Photographie zeigt, wurden sieben solcher Gewebestreifen, zwei in querer und fünf in Längsrichtung exzidiert und eine bedeutende Besserung (Gehfähigkeit) erzielt; nach Entlassung des Patienten wurde ihm nur empfohlen, die Haut einzuölen und eine feste Binde bis zum Knie hinauf zu tragen.

Ein Fall von Keratosis follicularis, von H. C. Curl. Derselbe betraf einen Farbigen im Alter von 28 Jahren, dessen Gesundheit stets gut war und der auch in der sonstigen Anamnese nichts Besonderes aufwies. Das Hautleiden hat sich seit etwa elf Monaten entwickelt und entstellte ihn so, daſs er keine Arbeit finden konnte. Hauptsächlich war das Gesicht und besonders die Stirn und die Gegend um die Nase befallen, wo die Haut dicht mit hornigen „Pröpfchen", von 3—4 mm im Durchmesser, und an manchen Stellen aus den Follikeln ein paar Millimeter hervorragend, besetzt war. Entfernte man diese Pröpfchen, so blieben tiefe, kraterförmige, rote Eindrücke zurück, die so nahe beisammen waren, daſs die Nase, wenn eine groſse Anzahl ausgedrückt oder mit der Nadel entfernt wurde, einer Honigwabe glich. Über den Wangen, Ober-, Unterlippen und Kinn waren die ebenso verteilten Pröpfchen weicher und die ganze Hautfläche mit einer Kruste bedeckt. Auch die Ohren, Nacken und die Hände waren in geringerem Grade befallen. Die Behandlung bestand darin, mit einer Salicylsalbe die Horngebilde zu erweichen; dann wurde das ganze Gesicht mit einer stumpfen Curette abgeschabt und mit antiseptischem Puder bestreut; bedeutende Besserung.

Erfolgreiche Behandlung eines ausgedehnten Falles von Lupus vulgaris mit X-Strahlen, von Jay F. Schamberg-Philadelphia. Bei der 31jährigen Patientin waren Wangen, Nase, Oberlippe und Ohr in ausgedehntem Maſse befallen, nachdem das Leiden bereits sechs Jahre bestanden hatte. Zwei Jahre lang wurde sie nun mit X-Strahlen behandelt, und zwar in 300 Sitzungen, wobei jedesmal sechs Minuten bei sieben Zoll Entfernung die kranken Herde exponiert wurden. Von Zeit zu Zeit wurde die Behandlung unterbrochen, so daſs manchmal ein bis zwei Monate lang keine Bestrahlung stattfand; ein ausgesprochenes Erythem entwickelte sich zuweilen nach denselben, weitere Reaktion aber nicht. Nach Umlauf von zwei Jahren war zwar die Spitze der Nase zerstört, aber das kosmetische Resultat war im ganzen ein vorzügliches; die Heilung ist zwar noch keine vollständige, Schamberg hofft aber sicher, eine solche zu erzielen und erklärt bei Lupus der Nasenschleimhaut und des Lippenrots die X-Strahlen für die beste Behandlungsart. Zwei Photographien veranschaulichen den Fall je vor und nach der Behandlung. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 8—9.

Prurigo lymphadenica, von W. Dubreuilh. Von dieser gefährlichen Krankheit sind bis jetzt 16 Fälle veröffentlicht; D. teilt zwei weitere Beobachtungen mit. Der eine Patient blieb bis zu seinem Tode im Krankenhaus, der andere konnte nicht bis zu Ende beobachtet werden. Wie in den übrigen Fällen, so handelte es sich auch bei D.s beiden Kranken um das doppelte Symptom: Lymphdrüsenerkrankung und Prurigo. Mächtige Lymphadenome saſsen im Gesicht, am Hals und am Mediastinum und gaben zu heftigen, keuchhustenähnlichen Anfällen Anlaſs. In dem tödlich verlaufenen Falle war der linke Bronchus durch Geschwulstmasse verlegt, die linke Lunge atelektatisch, das vordere Mediastinum durch einen kindskopfgroſsen Tumor ausgefüllt. Neben diesen Lymphdrüsenschwellungen, die sich auch noch an anderen

Körperstellen finden können, ist die Prurigo das hervorragendste und vor allem das lästigste Symptom. Sie zwingt zu fortwährendem energischen Kratzen, wodurch die Haut stark mifshandelt wird; sie verhindert oft den nächtlichen Schlaf und macht den elenden Zustand des Kranken noch beklagenswerter. Die Therapie ist gegen das wohl immer tödlich verlaufende Leiden machtlos und mufs sich auf eine symptomatische Behandlung beschränken.

D. erblickt mit anderen in der Prurigo das Symptom einer Infektion, die von Toxinen der Lymphadenome ausgeht.

Studien über die Ernährung bei den Dermatosen, von L. Brocq, A. Desgrez und J. Ayrignac. In diesem Heft werden nur die allgemeinen Untersuchungsmethoden auseinandergesetzt; sie sind ziemlich verwickelter Natur und beruhen auf den von Bouchard in die Wissenschaft eingeführten Mefsmethoden. Diese Methode besteht darin, dafs man die anthropometrischen Zahlen der zu untersuchenden Person feststellt und alsdann die Ergebnisse der chemischen Analyse auf das Kilogramm festes Körpereiweifs berechnet.

Die anthropometrischen Zahlen sind das Alter, das Körpergewicht, die Länge, der Taillenumfang, Beschaffenheit der Muskulatur und des Knochengerüstes. Bouchard hat auf Grund dieser Zahlen und Mafse Tabellen hergestellt, von denen man für ein Individuum von mittlerer Knochen- und Muskelentwicklung bei gegebener Länge das Körpergewicht sowie die Menge von festem Eiweifs und von Fett, die dieser Körper enthält, ablesen kann. Durch eine leichte Umrechnung erhält man dann auch die gewünschten Zahlen für ein Individuum, dessen Knochen- und Muskelentwicklung bei gleicher Länge vom Durchschnitt abweichen. Auch für den Fall, dafs das Körpergewicht des zu Untersuchenden von dem Normalgewicht nach oben oder unten abweicht, sind kleine Umrechnungen vorgesehen.

Die auf diese Weise erhaltenen Zahlen benutzten die Verfasser nun dazu, um den Umfang (l'excitation catalytique, c'est à dire l'incitation à la destruction), der von der Körperoberfläche abhängt, und die Stärke des Eiweifszerfalls zu ermitteln. Der Beschreibung dieser Methoden sowie der chemischen Analyse des Harns sind die weiteren Abschnitte dieses ersten Teils, der seine Fortsetzung in späteren Heften findet, gewidmet. Es ist aber nicht möglich, diese Methoden in einem Referat zu schildern. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 16.

1. **Entzündliche Verengerung der Pars posterior urethrae,** von Edward L. Keyes jun. - New York. Aus dem Englischen übersetzt von Larochе - Périgueux. Die entzündlichen Verengerungen des hinteren Harnröhrenteils, die auch als Kontraktur oder Neuralgie des Blasenhalses, Spasmus der Prostata usw. beschrieben werden, scheinen nicht selten zu sein; allein aus seiner, seines Vaters und Chetwoods Praxis kann K. über 60 derartige Fälle berichten. Von diesen waren sechs tuberkulöser Natur; die übrigen waren zumeist durch Blennorrhoe verursacht, nur ganz vereinzelte Fälle erschienen durch Prostataabscesse oder Prostatahypertrophie bedingt, in drei Fällen blieb die Ursache unbekannt.

Die entzündlichen Strikturen der Pars posterior urethrae sind manchmal weich und leicht zerreifslich, manchmal aber fibrös und hart, Verschiedenheiten, die mit dem Alter der Patienten und der Intensität der Entzündung zusammenhängen. Verschieden ist auch ihr Sitz und ihre Ausdehnung; am häufigsten betreffen sie die ganze Pars posterior oder die Pars prostatica allein. Die Oberfläche der erkrankten Partie ist

manchmal sammetartig oder von Granulationen bedeckt oder von Abscessen durchsetzt; in schweren Fällen weist sie knötchenförmige Höcker und Massen dichten, infiltrierten fibrösen Gewebes auf. Am auffallendsten ist die Veränderung des Blasenhalses, der zu einem harten, fibrösen Ring wird. Dieser Ring läfst sich höchstens bis zur Nummer 16 der Charrière'schen Skala erweitern, andererseits wächst er sich, auch wenn keine Behandlung stattfindet, nie zu einer impermeablen, das Harnröhrenlumen völlig verlegenden Striktur aus, und die Neigung zu Rezidiven nach Beseitigung der Verengerung fehlt so gut wie vollständig. — Die Erscheinungen sind je nach dem Alter der Patienten verschieden; bei jungen Leuten mit kräftiger Blasenmuskulatur beherrschen die durch die Verengerung selbst bedingten Symptome das Bild, bei alten Leuten dagegen, bei denen die Blase das Hindernis nicht mehr überwinden kann, stellen sich die Erscheinungen des Prostatismus ohne Prostata ein. Bei Fällen der ersten Art finden sich fast ausnahmslos Pyurie, starke Vermehrung der Zahl der Miktionen besonders bei Tag und — als besonders charakteristische Symptome — stürmischer Harndrang, Schmerzen während und quälender Tenesmus am Ende der Harnentleerungen. Bei den Fällen der zweiten Art ist die chronische inkomplette Retention das wichtigste; die Menge des Residualharns schwankt, manchmal tritt auch akute komplette Harnverhaltung auf. Die Prostata ist häufig verkleinert, atrophisch, doch kommen Verengerungen mit Retention auch bei Kranken mit Prostatahypertrophie vor. Endlich wurden auch Fälle beobachtet, in denen die Striktur neben einer durch Tabes bedingten Blasenlähmung bestand. — Die Palliativbehandlung der entzündlichen Verengerungen der Pars posterior urethrae ist ziemlich aussichtslos, während die operative Therapie, von den durch Tuberkulose verursachten und den mit Blasenlähmung komplizierten Fällen abgesehen, sehr gute Resultate ergibt, und zwar um so bessere, je jünger die Patienten sind. Von 52, von K. einzeln angeführten Fällen wurden durch Operation 32 geheilt, 13 gebessert, 3 starben. Das beste Verfahren ist, nach einer perinealen Inzision mit dem Zeigefinger die Pars membranacea und die Pars prostatica zu erweitern, die Verengerung des Blasenhalses aber mit dem Galvanokauter zu durchtrennen. Der Schnitt darf höchstens 1 cm tief sein; tiefergehende Inzisionen führen häufig, wahrscheinlich infolge Durchtrennung des Sphincter internus, zu Inkontinenz, während nach zu oberflächlichem Schnitt die Retention nicht völlig verschwindet. Die früher von K. geübte Inzision des Blasenhalses mit dem Messer hatte zuweilen schwere, selbst lebensgefährliche Blutungen zur Folge. Der Eintritt einer solchen erfordert zunächst ausgiebige Applikation einer 2—5 %igen Lösung von Alaun, das dem Adrenalin, dem Ergotin und den übrigen blutstillenden Mitteln entschieden überlegen ist. Kommt die Blutung dadurch nicht zum Stehen, dann mufs sofort die Cystostomia suprapubica ausgeführt und Blase und Blasenhals nach Entfernung der Gerinnsel mit Jodoformgaze austamponiert werden.

2. **Neue Methode der Cystoskopie; Luftcystoskop zur direkten Besichtigung der Blase ohne optischen Apparat mit umgekehrter, von oben herabhängender Lampe,** von Cathelin-Paris.

Das Luftcystoskop. Kritische Bemerkungen, von Max Weinrich-Berlin. Über das neue Instrument Cathelins wurde bereits nach der in der *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires* (2. Jahrgang, Heft 9) erschienenen Beschreibung berichtet; die hier vorliegende Arbeit C.s bringt neben einer Wiederholung dieser Beschreibung noch einige Bemerkungen über die Nachteile des Nitze'schen Cystoskops und die Vorzüge des neuen Apparates. Dieser ist im Gegensatz zu jenem stets, also auch bei kleinen und reizbaren Blasen, bei Pyurie und Hämaturie anwendbar, und während das Cystoskop Nitzes nur umgekehrte Bilder sehen läfst, welche die Gröfse der Objekte nicht richtig wiedergeben, oft schwer zu deuten sind und nicht selten

Irrtümer veranlassen, bringt das Luftcystoskop die Dinge selbst in ihrer natürlichen Größe, Farbe und Lage zur Anschauung. Sein Gesichtsfeld ist nur scheinbar kleiner als das der „Wassercystoskope", weil eben die Vergrößerung durch das Wasser in Abzug gebracht werden muß; drei Bewegungen genügen, um den ganzen Blasengrund sichtbar zu machen. Richtig ist, daß die vordere obere Partie der Blaseninnenfläche mittels des Luftcystoskops nicht gesehen werden kann; aber gerade dieser Teil bietet praktisch kein Interesse, und im übrigen bekommt man auch mit dem Nitzeschen Instrument nicht das ganze Blaseninnere zu Gesicht. — C. hat „am ersten Tage, an dem er mit seinem Cystoskop eine Blase direkt betrachten konnte, in einer Stunde besser gesehen als nach einjährigen Studien mit dem Wassercystoskop"; er glaubt, daß das neue, einfache und verhältnismäßig billige Instrument die Cystoskopie, die „bisher das Monopol einer Elite von Spezialisten war", viel mehr zum Gemeingut der praktischen Ärzte machen wird.

Weinrich behauptet demgegenüber, daß das Luftcystoskop C.s nichts Neues darstellt; der Gedanke, der ihm zugrunde liegt, wurde von Nitze schon bei seinen ersten cystoskopischen Versuchen benutzt, aber als unbrauchbar wieder aufgegeben. Das Cystoskop ohne optischen Apparat läßt auf einmal nur einen kleinen Teil des Blasengrundes übersehen, während Nitzes Cystoskop I im Gegensatz zur Behauptung C.s die ganze Blasenwand zur Anschauung bringt; hauptsächlich aber ist das Luftcystoskop wegen der zahlreichen Lichtreflexe auf der Schleimhaut zu verwerfen. Daß die vordere obere Partie der Blasenwand praktisch nicht von Interesse ist, bestreitet W.; auch hier kommen Veränderungen vor, die sichtbar zu machen sehr wichtig ist. Schwer oder gar nicht ausführbar erscheint die Methode C.s in Fällen von Verlagerung der Ureterenmündungen nach gynäkologischen Operationen, bei Balkenblasen, bei Prostatahypertrophien mittleren und starken Grades; außerdem ist die Urinsekretion und die Entleerung des Urins durch das Instrument ein Hindernis für die Beobachtung der Ureterenmündungen. Hinsichtlich der intravesikalen Operationen wird die Methode C.s der Cystoskopie nach Nitze ohne Zweifel nachstehen. Trotzdem gibt W. die Brauchbarkeit des Luftcystoskops innerhalb bestimmter Grenzen zu; aber dieses Instrument bedeutet keinen Fortschritt in der Cystoskopie, sondern einen Rückschritt. Von C.s Einwendungen gegen die Nitzeschen Cystoskope läßt W. keinen gelten. (Cf. Cathelins Antwort in Heft 18.)

8. **Die Bedeutung des Salzes für die Pathologie und Therapie,** von Achard. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10. April 1905.) Kurze zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der neueren Arbeiten über die Bedeutung des Salzes für die Physiologie und Pathologie des Menschen und über die Behandlung der mit Hydropsien einhergehenden Krankheiten durch salzfreie Kost. Die Resultate dieser Arbeiten sind bereits bekannt.

1905. Heft 17.

1. **Urotropin und Helmitol,** von Guiard. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Über sekundäre Prostatektomie nach Cystostomie,** von André - Nancy. Die perineale Prostatektomie ist eine schwere, langdauernde Operation, die für geschwächte Prostatiker mit Harnretention, infizierter Blase und erkrankten Nieren lebensgefährlich ist. Bei solchen Patienten ist, wenn der Verweilkatheter versagt, die suprapubische Cystostomie angezeigt; der leichte, kurze Eingriff wird sehr gut vertragen, bringt die Infektion der Harnorgane rasch zum Verschwinden und bewirkt dadurch sehr oft eine überraschende Besserung und Kräftigung des Allgemeinzustandes; die Prostatektomie kann dann sekundär nach einigen Monaten oder auch nach ein

bis zwei Jahren ohne Gefahr gemacht werden. A. ist bei drei Patienten, deren Krankengeschichten er ausführlich mitteilt, mit bestem Erfolg in dieser Weise vorgegangen.

3. **Die Fibrinurie**, von Leon Imbert - Marseille. Kurze Monographie, deren Hauptpunkte I. in folgenden Sätzen zusammenfaßt:

Die Fibrinurie ist keine Krankheit, sondern ein Symptom, dadurch charakterisiert, daß im Urin, unabhängig von jeder Hämaturie oder Chylurie, Fibrin oder fibrinogene Substanz enthalten ist. Die Affektion ist sehr selten; außer den drei eigenen Beobachtungen I.s (die ausführlich geschildert werden), sind in der Literatur bisher nur neun Fälle mitgeteilt worden, und von diesen sind einige zweifelhaft. — Die wesentlichen Erscheinungen der Fibrinurie sind:

a) die Ausstoßung fibrinöser Massen mit dem Urin;

b) die spontane Gerinnung des Urins im Glase; nur diese Erscheinung ist pathognomonisch.

Die Fibrinurie scheint gewöhnlich abhängig zu sein von einer Nierenaffektion, die aber sehr verschiedener Art sein kann. Die Prognose richtet sich nach der Prognose der Nierenerkrankung. Die Diagnose ist gewöhnlich leicht; differentialdiagnostisch kommen die Pseudofibrinurien in Betracht, d. h. Hämaturie, Chylurie und Entzündungen mit fibrinösem Exsudat. Die Behandlung ist rein symptomatisch.

1905. Heft 18.

1. **Über die Behandlung der bei Operationen entstandenen Ureterenverletzungen**, von F. Bernasconi - Algier und S. Colombino - Turin. Die Verfasser haben bei einer Reihe von Hunden und bei mehreren menschlichen Leichen die Anastomose der beiden Ureteren vorgenommen; die Resultate dieser Versuche waren so ermutigend, daß sie die Anwendung des Verfahrens bei gewissen Ureterenverletzungen empfehlen. Über die Behandlung dieser Verletzungen im allgemeinen sprechen sie sich in folgender Weise aus:

Bei Durchschneidung eines Ureters wenige Zentimeter oberhalb der Blase gelingt die Implantation des zentralen Endes in die Blase sehr leicht. Sitzt die Verletzung höher oben, dann kommen zwei Fälle in Betracht. Bei einfacher Durchschneidung ohne oder mit ganz geringem Substanzverlust können die beiden Enden miteinander vernäht werden. Besteht dagegen ein großer Substanzverlust, der die Vereinigung der beiden Stümpfe unmöglich macht, so möge die latero-laterale Anastomose der beiden Ureteren versucht werden. Die Operation ist nicht schwieriger, noch dauert sie länger als die Uretero-Enterostomie; sie ist, namentlich beim Weibe, in der Höhe des 4. oder 5. Lendenwirbels leicht auszuführen.

2. **Die urethro-rektalen Fisteln nach perinealer Prostatektomie**, von Rochet-Lyon. Verletzungen des Rektums bei perinealen Prostatektomie führen sehr häufig, auch wenn sie sofort vernäht werden, zur Bildung urethro-rektaler oder auch rekto - perinealer Fisteln. Die Erscheinungen bei urethro - rektalen Fisteln sind verschieden je nach der Größe der Fistel und nach dem Sitz ihrer rektalen Öffnung. Liegt diese, wie es gewöhnlich der Fall ist, oberhalb des Sphinkters, dann fließt bei großer Fistel aller Urin in das Rektum, sammelt sich in der Ampulle und wird, mit Kot vermengt, unter schmerzhaften Darmkontraktionen ausgestoßen; bei kleiner Fistel wird der größte Teil des Harns durch die Urethra entleert, in das Rektum gelangt nur wenig Urin, der dann mit dem Kot in Form flüssiger Stühle ausgeschieden wird. Liegt die rektale Fistelöffnung innerhalb des Syphinkters, dann sammelt sich nur ein Teil des in das Rektum fließenden Urins über dem Schließmuskel an, ein Teil aber sickert permanent durch den Anus ab. Übertritt von Kot in die Urethra kommt

auch bei grofsen Fisteln nur selten vor; häufiger gelangen Gase in die Harnröhre. Die Form der urethro-rektalen Fisteln ist länglich-oval; über eine Gröfse von 8—10 : 2—3 mm kommen sie nur selten hinaus. Ihre operative Beseitigung ist schon wegen der Gefahr einer Infektion der Harnwege angezeigt. Die Operation umfafst drei Zeiten: 1. die Wiedereröffnung der von der Prostatektomie herrührenden perinealen Narbe, wobei wegen der Gefahr neuerlicher Verletzungen des Rektums oder der Urethra mit gröfster Vorsicht vorgegangen werden mufs; 2. Ablösung der rektalen von der urethralen Fistelöffnung; 3. Anfrischung der Wundränder und Abschliefsung der beiden Fistelgänge gegen einander. Diese müssen nämlich getrennt zur Vernarbung kommen; um das zu bewirken, wird zwischen Rektum und Harnröhre nach der Ablösung ein Gazestreifen eingelegt und so lange täglich erneuert, bis die Gänge fest vernarbt sind; dabei wird drei- bis viermal täglich katheterisiert. Auf diese Weise hat der Verfasser drei Fälle zur Heilung gebracht; ob es möglich ist, durch sorgfältige Vernähung jeder der beiden Fistelöffnungen eine unmittelbare Vereinigung herbeizuführen, darüber hat er selbst keine Erfahrung. Der andere Weg führt jedenfalls sicherer zum Ziel; in Fällen, in denen die rektale Fistelöffnung bereits ausgekratzt oder geätzt oder kauterisiert worden ist, ist die Vernähung ganz gewifs aussichtslos. Die Einlegung eines Verweilkatheters ist nicht zu empfehlen, gleichviel ob genäht wurde oder nicht.

3. **Das Carcinom der Prostata,** von Legueu. Klinischer Vortrag, in dem L. die Symptome des primären Carcinoms der vorher nicht veränderten, nicht hypertrophischen Prostata schildert.

4. **Antwort an Max Weinrich-Berlin, das Luftcystoskop betreffend,** von F. Cathelin. C. bleibt darauf bestehen, dafs sein Instrument etwas vollständig Neues ist, und hält alles, was er über die Nachteile des Nitzeschen und die Vorteile seines Luftcystoskops gesagt hat, aufrecht. In den von Weinrich angeführten Fällen, in denen dieses nicht anwendbar ist, ist nach C. auch jenes nicht brauchbar. Über intravesikale Operationen mitlels des Nitzeschen Cystoskops haben in der Literatur bisher nur Nitze und ein oder zwei (? Ref.) seiner Schüler berichtet; „eine Methode aber, die nur in den Händen ihres Erfinders Erfolge ergibt, ist nicht annehmbar". Wenn Weinrich dem Luftcystoskop die „zahlreichen Lichtreflexe auf der Schleimhaut" und die Behinderung der Untersuchung durch den Urin vorwirft, so zeigt das nur, dafs er kritisiert, ohne das Instrument auch nur gesehen zu haben. (C. hat zweifellos Recht, wenn er meint, Weinrich hätte das neue Cystoskop zuerst kennen lernen und anwenden müssen, bevor er ein Urteil abgibt. Unrecht aber hat C., wenn er von dem „Geschrei" spricht, das „die deutschen Urologen" wider sein Instrument erhoben haben. Ref.) *Göts-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1905. Band V, Nr. 17.

Irrigationen mit heifsem Wasser bei Blennorrhoe, von B. Narich-Smyrna. Diese bereits vor mehreren Jahren von H. Curtis (1883) und von Collari mit Erfolg angewandte Methode hat dem Verfasser bei vier Fällen ebenfalls prompte und definitive Resultate geliefert. Das Verfahren ist einfach folgendes: zweimal des Tages, allenfalls drei- oder viermal, läfst man die Harnröhre mit etwa 2 Liter möglichst heifsen Wassers durchspülen. Der Temperaturgrad wird sich nach der Empfindlichkeit des Patienten richten, doch kann meist Wasser von 44—45° C. zur Verwendung kommen. Der mit einem Schliefshahn versehene Schlauch des nur mäfsig hoch aufzuhängenden Irrigators mündet in einen Weichgummikatheter von 14 oder 15 Charrière. Dieser

läfst sich, sobald man das Wasser ein wenig durchfliefsen läfst, leicht auch bei akuter Urethritis einführen. Das aus der Harnröhre abfliefsende Wasser läuft an dem Schlauch (den man zu diesem Zwecke einen grofsen, nach unten gerichteten Bogen machen läfst) hinunter und wird in einem darunter gestellten Gefäfs aufgefangen. Bei den geschilderten vier (chronischen) Fällen trat die Heilung in 8—14 Tagen ein. Die Spülungen wurden aber der Sicherheit wegen noch etwas länger fortgesetzt. Ein paar andere Patienten, denen diese Behandlungsweise angeraten wurde, setzten sie allerdings, teils aus Mangel an Vertrauen, teils aus äufseren Gründen nicht fort, zu ihrem Nachteil, wie Verfasser meint. (Nach *Progrès méd.* 1. Juli 1905.)

Band V. Nr. 18.

Die Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft, von Gaucher und Bernard. In einer in der *Gazette de Gynécologie* veröffentlichten Arbeit führen Verfasser ungefähr folgendes aus: Es ist von der gröfsten Wichtigkeit, dafs die Behandlung so frühzeitig wie möglich einsetze. Als die zweckmäfsigsten Präparate, weil sie am leichtesten resorbierbar sind, werden empfohlen das Sublimat für die interne und das Hg benzoicum für die subcutane Medikation. Ersteres wird mit Extr. opii ā zu 0,01 mit Pulv. sapon. medic. und Glycerin ā 9,0 zu einer Pille verarbeitet und hiervon täglich zwei Stück gegeben. Das Hg benzoic. wird zu 1 g mit Natrium chlorat. puriss. (0,75) in Aq. sterilisat. 100,0 aufgelöst, wobei das Hg-Salz vom Apotheker chemisch rein aus Quecksilberoxyd mit Acidum nitricum in Gegenwart von Natrium benzoicum dargestellt werden soll. Mit solchen Injektionen (zu 2,0 pro die) wird serienweise verfahren, indem dieselben einen Monat lang täglich gegeben werden, worauf während 15 oder 20 Tagen die Pillen und alsdann eine Ruhepause von 10—15 Tagen folgen.

Eine etwaige Albuminurie der Patientin ist keine absolute Gegenindikation für diese Behandlung, falls die Nieren gut durchgängig sind; nur gibt man vorsichtshalber zunächst halbe Dosen. Der Zustand der Nieren wird festgestellt durch drei Faktoren, die chemische Analyse des Urins, die Prüfung der Toxizität desselben durch Injektion in die Randvene des Kaninchenohres nach Bouchards Vorschrift und die Bestimmung des ausgeschiedenen Hg an der Smithsonschen Säule (als weifser Fleck auf der Goldfläche). Für die Neugeborenen ist nach Gaucher der Liquor van Swieten die beste Medikation. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

La Syphilis.

Bd. III. Heft 9. September 1905.

1. **Über intramuskuläre Injektionen einiger Quecksilbersalze bei der Behandlung der Syphilis**, von Lévy-Bing. Verfasser berichtet über seine Versuche, die er mit einigen Hydrargyrumpräparaten (Kakodyl-Quecksilber, Chlorhydrargyrum, Levurargyre und Hydrargyrum salicysarsinatum) anstellte. Das Hydrargyrum cacodylicum wurde von Jullien und Berlioz eingeführt; es ruft in der gebräuchlichen Dosis von 2—3 cg täglich zuweilen Diarrhoe und Stomatitis hervor und ist durchschnittlich zwei Stunden lang nach der Injektion schmerzhaft, dabei gibt es therapeutisch im ganzen keine genügenden Resultate; jedenfalls ist es bei gleicher Dosis in jeder Beziehung der wässerigen Lösung von Hydrargyrum bijodatum unterlegen. Das Hydrargyrum chloratum in derselben Dosis führt oft zu Verdauungsstörungen und Stomatitis, hinterläfst nicht selten Indurationen an der Injektionsstelle und ist viel schmerzhafter als die vorhergenannten Präparate. Therapeutisch ist es dem Hydrargyrum cacodylicum überlegen, aber dem Hydrargyrum bijodatum ebenfalls unterlegen.

Das Levurargyre wird gut vertragen, macht weder Schmerzen noch Indurationen, selten Diarrhoe, fast nie Stomatitis. Die Resultate sind sehr verschieden; bei einem Patienten wirkte es sehr schnell und günstig und liefs die Erscheinungen nach 20 Injektionen gänzlich schwinden, während bei anderen Kranken die Erscheinungen sehr langsam nach einer grofsen Anzahl von Injektionen schwanden und bei einem Kranken jeder therapeutische Erfolg ausblieb. Das Hydrarg. salicylarsinatum wurde eingeführt von Coignet, Gailleton und Breton; es wird in Dosen von 0,08 cg gut vertragen, wird aber bei Tagesdosen von 0,06 schmerzhaft und ist bei gleicher Dosis jedenfalls dem Hydrargyrum bijodatum weit unterlegen. Im ganzen sind diese sämtlichen Salze etwa ebenso schmerzhaft bei den Injektionen wie die bekannten Quecksilbersalze, aber therapeutisch demselben weit unterlegen, besonders dem von Lévy-Bing bevorzugten Hydrargyrum bijodatum in wässeriger Lösung. Auch ist letzteres leichter herzustellen, wirkt schneller, hat einen mittleren Quecksilbergehalt und kann leicht mit Anästheticis (Kokain, Morphium usw.) verbunden werden. Jedenfalls bilden die sämtlichen oben beschriebenen Mittel keine wertvolle Bereicherung der ohnehin schon zahlreichen Präparate zur Bekämpfung der Syphilis.

II. **Allgemeinparalyse und Syphilis**, von Alfred Fournier. (Fortsetzung der Diskussion.) Prof. Joffroy wendet sich gegen die Ausführungen Fourniers in einer längeren Antwort. Es betont, dafs es kein Beweis für die Richtigkeit der Fournierschen Ansichten sei, dafs sie von der Majorität geteilt würden; auch die Minorität könne zuweilen Recht haben. Nach seiner Ansicht ist die Paralyse wohl häufig mit der Syphilis vergesellschaftet, aber kein Teil der Syphilis, kein absolutes Zeichen von Syphilis, sondern eine selbständige Krankheit, ebenso verschieden von der Lues, wie die Tuberkulose es vom Alkoholismus ist. Er wendet sich ferner gegen die Ansicht Fourniers, dafs die Paralyse im jugendlichen Alter stets bei Leuten vorkomme, deren Eltern syphilitisch waren, dafs sie also ein Zeichen hereditärer Lues bedeute. Weder ätiologisch noch pathogenetisch lasse sich das beweisen; wenn auch die Heredität eine Hauptrolle dabei spiele, so fehle sie doch auch öfter, und oft sei dafür der Alkoholismus hereditär. Fournier wolle nur etwas von hereditärer Syphilis wissen und leugne jede andere hereditäre Belastung, während J. auch eine neuropathische Heredität ins Treffen führt. Er bespricht dann die Frage der luetischen Erscheinungen im Gehirn der Paralytiker, die man nur selten findet und die auch Cornil nur als Ausnahmeerscheinungen anführt. Ferner bespricht er die Beweisgründe Fourniers, die sich auf die Impfversuche mit syphilitischem Virus bei Paralytikern von seiten Krafft-Ebings stützen; sie beweisen nichts, denn J.s eigene Erfahrungen beweisen, dafs die Paralyse sich auch ohne Syphilis entwickeln kann. Er kommt dann nochmals auf seine Behauptung zurück, dafs die merkurielle Behandlung bei der Paralyse gänzlich nutzlos und selbst schädlich sei, und dafs es absolut keine erfolgreiche Prophylaxe gegen dieses Leiden gebe. Dafs die Paralyse auch in Asien und Afrika vorkomme, seitdem dort die Syphilis bekannt ist, ist auch kein Beweis im Sinne Fourniers, denn die moderne Zivilisation habe dort eben auch andere Lebensweise und Ernährungsweise eingeführt, welche die Paralyse begünstigen. Schliefslich bemüht sich J., die Fourniersche Statistik von 79 Paralysefällen bei einer unbestimmten Zahl von Luetikern zu widerlegen. Fournier schliefst aus der Statistik, dafs die Merkurbehandlung ein relatives Mittel gegen die Paralyse ist, weil bei 100 Paralysen, die bei Syphilitikern beobachtet wurden, 95 ungenügend behandelt und nur 5 richtig behandelt waren. J. gibt zu, dafs die Lues eine Causa adjuvans ist und das Auftreten der Paralyse begünstigt, aber andererseits ist die antisyphilitische Behandlung absolut kein Hinderungsgrund für deren Auftreten. Man solle Nervenerregungen und Exzesse aller Art, zu starke geistige Anstrengungen, Exzesse im Essen und Trinken, Alkohol, Spielen usw.

vermeiden und ein ruhiges, regelmäfsiges Leben, womöglich auf dem Lande, führen, das sei das beste Prophylaktikum gegen die Paralyse.

Hallopeau bemerkt, dafs trotz aller verschiedenen Meinungsäufserungen, welche die Diskussion zeigte, man doch in den wesentlichsten Punkten übereinstimme. Jedenfalls bestehe eine Beziehung zwischen Syphilis und Paralyse durch die Lokalisation im Gehirn in Gestalt von Neubildungen auf einem prädisponierten Terrain. Alle erkennen die grofse Häufigkeit des Vorkommens von Paralyse bei Luetikern an, auch Joffroy; ebenso zeigt die Statistik, dafs 68% von jugendlichen Paralytikern hereditär luetisch sind, und die Versuche Krafft-Ebings zeigten bei neun Paralytikern die Unwirksamkeit der Impfung des syphilitischen Virus bei denselben, was entschieden zu der Annahme berechtigt, dafs die Syphilis oft die Ursache der Paralyse ist. Die Diskussion habe Wertvolles ergeben auch in bezug auf die therapeutischen Mafsnahmen; sie läfst das Tor für eine prophylaktische Behandlung offen und rechtfertigt im allgemeinen die Ansicht Fourniers von einer genügenden und sofortigen Behandlung bei Beginn von Hirnsymptomen. (Fortsetzung folgt.)

III. **Über die Bakteriologie der Syphilis. 1. Die Färbemittel der Spirochaeta pallida,** von Lévy-Bing. Lévy-Bing beschreibt die bekannten Färbungsmethoden von Giemsa und von Marino, welche er beide bei der Spirochaeta pallida mit Erfolg anwandte. Er benutzt jetzt nur noch die von Marino, welche schon nach einer Viertelstunde die gefärbten Spirochäten erkennen läfst und daher durch seine schnelle Wirkung, seine Einfachheit und die guten Resultate der Giemsaschen entschieden überlegen ist und sich mehr und mehr einbürgert.

2. **Spirochaeta pallida im Blute von Syphilitischen,** von Lévy-Bing. Bei frischem Blutgerinnsel aus dem Fingernagel von Luetikern in der Sekundärperiode fand Lévy-Bing bei der Marinoschen Färbung keine Spirochäten. Dann untersuchte er das Blut aus den Venen, welches er in mit antikoagulierender Flüssigkeit gefüllten Tuben aseptisch auffing, und zwar von Kranken, die viele Erscheinungen zeigten und noch nicht behandelt waren; auch so fand er keine Spirochäten. Ferner mischte Verfasser 200 ccm Serum eines Syphilitischen, der nicht behandelt war, mit 20 ccm eines geheilten Luetikers, der lange behandelt war; auch darin fand sich keine Spirochäte. Trotz dieser negativen Resultate beabsichtigt Verfasser keineswegs Schlüsse gegen die Spezifizität der Schaudinnschen Spirochäten zu ziehen.

3. **Über den Einfluſs des Quecksilbers auf die Spirochäten im allgemeinen und besonders auf die Spirochaeta pallida,** von A. Lévy-Bing. Verfasser fand in einer grofsen Anzahl von syphilitischen Erscheinungen verschiedene Arten von Spirochäten, auch die Schaudinnschen, und studierte nun den Einfluſs des Quecksilbers auf den Organismus an sechs syphilitischen, mit frischen Erscheinungen an der Vulva versehenen, gänzlich unbehandelten Frauen. Er sah dabei, dafs sich unter der Quecksilberbehandlung alle Spirochäten, auch die Pallida, allmählich aus den Läsionen verloren, und zwar verringerten sich und verschwanden die Schaudinnschen zuerst, die Refringens später. Das Merkur übte gegen die Pallida eine geradezu spezifische schnelle Wirkung aus; die Pallida waren schon nach der zweiten Injektion nach 10—14 Tagen verschwunden, während zur selben Zeit die Refringens zwar verringert, aber noch vorhanden waren. Die sechs Krankheitsfälle mit den Beobachtungen während der Merkurbehandlung werden ausführlich beigefügt.

4. **Der Syphiliserreger und der Hämatozoaire von Laveran,** von Emil Legrain. Wenn auch der Schaudinnsche Spirillus definitiv als der Erreger der Syphilis anerkannt ist, so ist es doch von Wert, die verschiedensten Formen des Laveranschen Mikrobien kennen zu lernen. Horaud beschrieb an der Hand einer grofsen Zahl von Blutuntersuchungen Luetischer ein neues polymorphes Hämatozoon, welches ver-

schiedene Formen zeigte; er schloſs, daſs der Erreger der Syphilis ein Parasit sei. Jedenfalls gibt es im Blute der Luetiker globuläre Reste, die morphologisch zu vergleichen sind mit den von Laveran beschriebenen Hämatozoen.

5. **Über die Natur, Kultur, Impfung und präventive Vaccination des Syphiliserregers,** von Henry Pommay-Paris. Gleichzeitig mit Schaudinn fand P. in Algier bei Syphilitikern einen mikroskopischen Pilz, der sich leicht auf den gewöhnlichen Nährböden züchten lieſs und den er für den Syphilispilz hielt. Es handelt sich um ein Mycelium mit cylindrischen oder glatten Fäden, sehr fein und schmal, welches sehr zahlreiche kurze Äste aussendet. Es kommt nicht nur auf syphilitischen Schankern, sondern auch im Blute der Infizierten vor, und läſst sich auf Tiere impfen. Eine Gelatinekultur seines Pilzes, in Wasserdampf sterilisiert, wurde einem Kaninchen subcutan injiziert, welches nach der Impfung ohne Erfolg mit syphilitischem Virus geimpft wurde. Verfasser fordert zu weiteren Versuchen auf.

6. **Spirochaeta Schaudinn in syphilitischen Schankern** wurden sehr oft von Omeyrat und Soltrain gefunden, während sie dieselben nie bei weichen Schankern oder Herpesbläschen fanden.

7. **Über die Benennung des Syphiliserregers,** von Vuillemin. Verfasser bezeichnet den Schaudinnschen Spirochäten als ein Protozoon des Genre Spironema.

IV. **Über tertiäre erworbene oder hereditäre Syphilis der inneren Geschlechtsorgane der Frau,** von T. Barthélemy. 1. Tertiäre Syphilis des Uterus wird nicht sehr häufig beschrieben; auſser den Läsionen am Uterushals, welche leichter direkt im Spekulum festzustellen sind. Oft wird die syphilitische Natur des Leidens erst durch den Erfolg der Therapie erkannt, wofür B. Beispiele angibt. Er bespricht die gummöse Syphilis des Corpus uteri, die Syphilis sclerosa, die Syphiloma infiltrata und die lokalisierten Sklerosen und die Literatur über diesen Gegenstand, dem er die tertiäre Syphilis der Tuben anschlieſst, von der noch kürzlich Doléris einen Fall zeigte, dessen richtige Diagnose die Sektion bestätigte. Ein weiterer Abschnitt ist der Tertiärlues der Ovarien gewidmet, und werden hier alle Einzelheiten ausführlich besprochen und die Beobachtungen zahlreicher Forscher erwähnt. Das ganze Gebiet ist noch nicht sehr genau studiert, und ist die Arbeit B.s eine dankenswerte Bereicherung auf diesem seltenen Gebiete der syphilitischen Erkrankungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band IV. Heft 3 und 4. August 1904.

I. **Beiträge zur Lehre von Impetigo,** von Dohi und S. Kurita-Tokio. Mit drei Tafeln. Diese schon früher mehrmals von den Verfassern besprochene Frage über das Wesen von Impetigo wird hier noch einmal in ihrem ganzen Umfange einem genaueren Studium unterzogen. Das Ergebnis dieser auf Erfahrungen in der Universitätsklinik und Poliklinik zu Tokio basierten Arbeit läſst sich etwa so zusammenfassen:

1. Das Auseinandergehen der bisherigen Angaben über die Ursache der Impetigo beruht wahrscheinlich auf dem Fehler, daſs man einerseits Impetigo contagiosa Tilbury Fox zusammengeworfen hat mit anderen Arten von Impetigo, namentlich mit Impetigo vulgaris Unna, andererseits aber manche Fälle von typischer Impetigo contagiosa mit verschiedenen Krankheitsnamen, wie Pemphigus acutus neonatorum, Pemphigus acutus, febris bullosa u. dgl., bezeichnet und somit für andere Krankheiten gehalten hat.

2. Impetigo contagiosa ist klinisch ein ganz bestimmter Krankheitsbegriff, dessen Hauptmerkmale man in der Bildung von serösen oder seröseitrigen Bläschen und

Blasen zu suchen hat, die keine dicken, wachsgelben Krusten bilden, vielmehr unter Vertrocknung des Blaseninhalts oder durch das Platzen der Blasendecke nur ganz zarte, weifsliche, höchstens hellgelbe, durchscheinende Fetzen oder Krusten zurücklassen. Die Blasen können gröfser als Hühnereier werden, dann merkt man durch die dünne Blasendecke oft einen gelblichweifsen Punkt im Zentrum des blafsroten Blasengrundes. Er entspricht dem Haarfollikel und scheint die Eintrittsstelle von Kokken darzustellen. Nur diese Form von Impetigo ist es, die vollkommen der Beschreibung von Tilbury Fox wie von Friesz entspricht.

3. In den Blasen dieser eigentlichen Impetigo contagiosa konnten die Verfasser stets Reinkultur von Kokken nachweisen, die morphologisch, kulturell wie experimentell mit dem Staphylococcus pyogenes albus identisch sind. Es gelang den Verfassern, durch Impfung und Autoinokulation ihrer Kultur stets wieder dasselbe Krankheitsbild zu erzeugen.

4. Jene Form von Impetigo, die mit Bildung von tiefgelben. dicken, oft austernschalenähnlichen Krusten vor sich geht und die den Abbildungen von Impetigo in den Atlanten und Lehrbüchern vollkommen zu entsprechen scheint, ist klinisch wie ätiologisch anders als die Impetigo contagiosa Fox.

5. Die Verfasser konnten nämlich bei dieser Form fast immer Streptococcus pyogenes nachweisen, und dadurch unterscheidet sich diese Impetigo streptogenes auch von Impetigo vulgaris, die zwar klinisch ihr sehr ähnlich ist, aber nach Unna durch sogenannte Impetigokokken erzeugt werden soll. Sehr selten fanden Verfasser aber statt Streptokokken nur Staphylococcus pyogenes aureus, nie albus.

6. Der Ausdruck Impetigo schliefst somit in sich einen Gesamtbegriff von ätiologisch verschiedenen Krankheitsformen, nicht aber eine Krankheit von graduellem Unterschied. Demgemäfs wollen die Verfasser die Impetigoarten unterscheiden nach zwei Hauptgruppen: a) Impetigo contagiosa Tilbury Fox oder Impetigo staphylogenes albus; b) Impetigo streptogenes. Impetigo vulgaris Unna ist den Verfassern in Japan unbekannt, wenn sie nicht mit Impetigo streptogenes identisch ist. Für jene Art von Impetigo, die klinisch ähnlich aussah wie Impetigo streptogenes, bakteriologisch bei sich nur gelbe Eiterkokken nachweisen liefs, wollen die Verfasser bei der geringen Zahl solcher Fälle vorläufig keine besondere Gruppe aufstellen. Allerdings ist es zu bemerken, dafs die Impetigo mit Staphylococcus pyogenes aureus durchschnittlich einen intensiver entzündlichen Hof zu zeigen pflegt als Impetigo streptogenes.

7. Die Hauptmerkmale zwischen Impetigo contagiosa und Impetigo streptogenes sind etwa folgende:

Impetigo contagiosa Tilbury Fox.	Impetigo streptogenes Dohi und Kurita
Bildung von Bläschen oder Blasen, deren Inhalt anfangs ganz klar, später aber oft trüb aussieht, namentlich an abhängigen Teilen.	beginnt mit Bildung roter Flecken, in deren Zentrum sich kleine Bläschen oder Pusteln bilden.
Die Blasendecken verwandeln sich in dünne, weifsliche Fetzen oder Krusten, die den Umfang der ursprünglichen Blasen innehalten.	Ihr Inhalt vertrocknet sich bald zu tiefgelben, dicken, austernschalenähnlichen Krusten, welche die ursprünglichen Bläschen oder Pusteln weit überragen.
Roter Hof fehlt gewöhnlich ganz oder ist nur gering vorhanden.	Meist mit deutlich entzündlichem Hof
Verlauf der einzelnen Blasen durchschnittlich vier, fünf Tage.	Bleibt länger, gewöhnlich eine Woche lang.

Impetigo contagiosa Tilbury Fox.	Impetigo streptogenes Dohi und Kubita
Oft epidemisch auftretend, namentlich im Sommer.	Tritt sporadisch in jeder Jahreszeit auf.
Befällt hauptsächlich Kinder.	Kommt oft auch bei Erwachsenen vor (in 36%).
Ursache: Staphylococcus pyogenes albus.	Streptococcus pyogenes.

II. **Ein Fall von Lichen ruber accuminatus**, von Sakurane-Osaka und S. Okuhawa-Osaka. Bietet nichts Neues; eine gute Abbildung illustriert den Fall.

III. **Über Erythema nodosum**, von J. Toyama.

IV. **Über Prostatahypertrophie**, von S. Akutsu.

V. **Helmitol gegen Cystitis**, von T. Tanaka. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bücherbesprechungen.

Akute, ansteckende Krankheiten, von William M. Welch und Jay F. Schamberg-Philadelphia. Illustriert mit 109 Holzschnitten und 61 photographischen Reproduktionen. (Lea Brothers & Co., Philadelphia und New York 1905.) Aufser den akuten Exanthemen werden in vorliegendem, umfangreichem (nahezu 800 Seiten starken) Werke Typhus und Diphtherie in eingehendster Weise besprochen, so dafs wohl jedes, die einzelnen Krankheiten betreffende Kapitel als stattliche Monographie anzusehen ist. Das schöne Werk zeichnet sich aufser durch diese fleifsige Bearbeitung sowohl durch vorzügliche Abbildungen wie besonders die, jedem Abschnitte vorangestellten, historischen Daten aus.

Beim ersten Abschnitte, die Blattern, sind dieselben wohl am ausführlichsten behandelt, ebenso wie die statistischen Zusammenstellungen aus den verschiedenen Ländern, die ja hier eine besondere Bedeutung haben, um die segensreiche Wirkung der Schutzimpfung in deutlichster Weise vor Augen zu führen — für jene, die nicht blind sind oder sein wollen. Denn mit vollem Rechte erklären die Verfasser, dafs die Propaganda gegen die Schutzpockenimpfung viele unschuldige Opfer der Blattern einem frühen Grabe zugeführt hat. Die Erfahrungen aus den Blatternepidemien in Philadelphia lehrten, dafs die Übertragung dieser Infektionskrankheit sehr häufig durch den Luftstrom zustande kommt, aber auch Insekten und Haustiere daran beteiligt sind. In Philadelphia wurden in den drei Jahren 1901—1903 3989 Blatternfälle behandelt, d. h. 2,9% der Bevölkerung. Eine Serie von Abbildungen zeigt den Verlauf der Erkrankung vom 3. bis zum 16. Tag und das oft trotz Schwere des Falles wenig entstellende Aussehen nach der Genesung. Aus dem überaus sorgfältig bearbeiteten „Blattern"-Abschnitt seien nur noch einige Einzelheiten angeführt. Von den Begleiterscheinungen gehören die Eruptionen auf der Schleimhaut, die Empfindlichkeit der Zunge, die Schmerzen beim Schlucken, sogar Zungengeschwüre usw. zu den unangenehmsten des Eruptivstadiums. An Varietäten der Variola seien genannt die Variola confluens, Variola haemorrhagica, wovon wieder zwei Arten Purpura variolosa und Variola pustulosa haemorrhagica, letztere mit sekundären Blutungen, unterschieden werden, welch beide aber die schwersten und meist tödlich

endenden Formen der Blattern darstellen. Das sog. Varioloid ist eine ganz besonders milde Form, währt kürzer als die eigentlichen Blattern und zeigt verschiedene Unregelmäßigkeiten im Verlauf. Die Blattern in der Gravidität — ein sehr interessantes Kapitel — führen meist zu Abort oder Frühgeburt; der Fötus kann in utero die Blattern akquirieren, mit Blatternpusteln zur Welt kommen oder auch nach der Geburt erst infiziert werden, kurz, für die schwangere Frau und das Kind sind die Blattern eine höchst gefährliche Krankheit. Von den Komplikationen und Folgen der Blattern sind wohl die schlimmsten die, die Augen betreffenden — bei konfluierender Variola rasche Zerstörung der Cornea, gewöhnlich das Vorstadium tödlichen Ausganges —. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich Schafblattern in Betracht. Der Abschnitt über Therapie bespricht auch alle in neuerer Zeit empfohlenen Mittel, so die Rotlichtbehandlung, die aber schon im 14. Jahrhundert und vorher sogar von arabischen Ärzten in Gebrauch genommen war, von der aber Verfasser auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen nicht viel halten. Bei der zweitbeschriebenen Affektion, den Varicellen, ist die Differentialdiagnose als besonders wichtig hervorzuheben. Als seltene Komplikationen werden angeführt Synovitis, Arthritis, Association mit anderen akuten Exanthemen; in schwereren Fällen von Varicellen ist Untersuchung des Urins (Nephritis) angezeigt. Das Kapitel Scharlach lehrt die verschiedenen Abarten desselben, wie Scharlach ohne Exanthem, ohne Angina, ohne Desquamation usw., dann die häufigeren Komplikationen, wie Otitis, Keratitis, Myocarditis, ebenso wie die später auftretende Angina, die postscarlatinöse Diphtherie. Bekanntlich ist keines der akuten Exantheme so häufig von Nephritis begleitet oder gefolgt wie der Scharlach; als äußere Charakteristika dieser Scharlachnephritis werden angeführt: ausgeprägte Blässe des Gesichtes, aufgedunsene Augenlider, Ödeme, Anasarka. Im allgemeinen ist aber die Prognose besser, als man nach den Symptomen schließen könnte; heftige, anhaltende Kopfschmerzen, lange währende Krämpfe, wiederholtes Erbrechen und Koma sind bedenkliche Erscheinungen (Urämie). Scharlachrheumatismus, Arthritis suppurativa, auch andere Hautkrankheiten (Herpes, Urticaria, Ekzem, sogar Gangrän) können in seltenen Fällen gleichzeitig mit Scharlach vorkommen. Bezüglich der Bakteriologie des Scharlachs, worüber Verfasser ausführlich berichten, stehen sie auf dem Standpunkte, daß, ehe ein für den Scharlach spezifischer Streptococcus gefunden wird, dieser nicht als Erreger des Scharlachs angesehen werden, sondern es sich bei dem Streptokokkenbefund wie bei Blattern u. a. nur um eine Sekundärinfektion handeln kann. Diagnose und Therapie des Scharlachs bilden die Schlußkapitel dieses zweitgrößten Abschnittes des Buches; bei letzterer stehen bekanntlich Prophylaxe, Isolierung, wie alle hygienischen Maßnahmen, ferner entsprechende Behandlung der Komplikationen in erster Linie. Bei den Masern ist als höchste Dauer der Inkubation 14 Tage, als Durchschnitt zehn bis elf Tage angegeben. Von den Komplikationen ist Diarrhoe als ziemlich häufige und auch ernste Begleiterscheinung der Masern hervorgehoben. Mittelohrentzündung nicht gar selten, wenn auch nicht so häufig wie nach Scharlach: gar manche Fälle von Taubstummheit seien auf Masern zurückzuführen. Die Prognose der Masern sollte nicht als gar so leichte hingestellt werden, wie es meist geschehe; wenn auch nicht so gefährlich wie Scharlach, so bleiben die Masern durch ihre weit größere Verbreitung doch eine ernste Affektion, besonders bei Kindern unter zwei Jahren, wo die Durchschnittsmortalität an Masern 20 % beträgt, nach dem dritten Lebensjahre allerdings nimmt dieselbe bedeutend ab. Bei den Röteln zeigt sich oft große Ähnlichkeit bezüglich des Exanthems mit Scharlach; Fieber ist ungefähr in der Hälfte der Fälle vorhanden. In bezug auf die Komplikationen und deren relativer Ungefährlichkeit stehen die Röteln auf der gleichen Stufe wie die Schafblattern. Verfasser

halten Röteln für beinahe ebenso häufig wie Masern, mit welchen sie auch häufig verwechselt werden (trotz der oben angeführten Ähnlichkeit mit Scharlachexanthem? Referent); sie scheinen im Winter und Frühjahr mehr vorzuherrschen und in der Infektion hartnäckiger und bleibender zu sein als Masern. Das Inkubationsstadium ist hier ein sehr wechselndes, von fünf Tagen bis zu drei Wochen, was in besonders grofsem Gegensatz zu jenem feststehenden bei Masern sich befindet. Referent mufs es sich versagen, hier auf weitere Einzelheiten einzugehen; auch bei den zwei folgenden Hauptabschnitten: Typhus exanthematicus und Diphtherie mufs er sich dem Charakter dieser Zeitschrift entsprechend kurz fassen. Letztere ist mit den drei Unterkapiteln: Allgemeinbehandlung, Serumtherapie, deren Wert wohl nach den vorliegenden statistischen Zusammenstellungen nicht mehr zu bezweifeln ist, und Desinfektion in nahezu 200 Seiten abgehandelt. Bei dieser Fülle des Materials kann nur auf das eingangs schon gesungene Lob des Werkes nochmals hingewiesen und dessen Lektüre eifrigst empfohlen werden. *Stern-München.*

Der Einfluſs des Alkohols auf das Geschlechtsleben. Vortrag, gehalten in der ständigen Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt zu Charlottenburg, von Magnus Hirschfeld. (J. Michaelis, Berlin.) Der hübsche, kurze Vortrag schildert in anschaulicher, eindringlicher Weise, wie viel Unheil im Gebiete des Geschlechtslebens auf Rechnung des Teufels Alkohols kommt. Die Ausführungen werden sicher auf jeden Leser Eindruck machen; es ist ihnen daher weite Verbreitung zu wünschen.
Götz-München.

Grundrifs der Semiotik des Harns, von St. Serkowski-Lodz. (S. Karger, Berlin 1905.) Die Untersuchung des Harns gibt Aufklärung nicht nur über die Arbeitsfähigkeit der Nieren, sondern auch über die Ernährung des Organismus, und gibt oft den Schlüssel zur Lösung vieler rätselhafter Erscheinungen; sie ist eine genaue Abbildung des Stoffwechsels und weist auf den Zustand der Sekretionsorgane hin. Die Harnuntersuchung klärt darüber auf, ob Arzneimittel vom Organismus resorbiert worden sind, ob normale Bestandteile im Blutserum zirkulieren. Die Analyse des Harns hat eine zweifache Aufgabe: anormale Bestandteile im Harn zu bestimmen und festzustellen, ob das Verhältnis fester Bestandteile normal ist. Eine rationelle Harnanalyse gibt einen Begriff vom Zerfall des Nervengewebes, weist auf die Oxydationsenergie, auf den Grund des Lecithinzerfalls, auf fermentative Störungen im Darmkanal, auf den Zustand der Blutalkaleszenz, auf die Leistungsfähigkeit der Nieren hin. Die Kryoskopie des Harns bringt in die Analyse neue diagnostische Faktoren mit, die, mit den bisherigen Untersuchungsmethoden verglichen, den Wert und die Bedeutung der Analyse des Harns bei der Diagnostizierung der Nierenkrankheiten dokumentieren, die Leistungstähigkeit der Nieren, die Intensität des Stoffwechsels im Organismus anzeigen und bei der Diagnose eine Rolle mitspielen können. Verfasser bespricht dann die Leistungsfähigkeit der Nieren, die Kryoskopie des Harns und die Harnmenge in 24 Stunden, das spezifische Gewicht, Farbe, Reaktion, Geruch und den Gehalt an Stickstoff und Harnstoff, Harnsäure, Kreatinen, Chloride, Phosphate, Sulfate und ätherische Sulfate, Indikan, Urobilin, Hämatoporphyrin, Calciumoxalat und Oxalsäure und die Koëffiziente des Harns. Ein weiterer Abschnitt ist dem Eiweifs, dem Nukleoalbumin und Mucin, der Albumose und dem Fibrin gewidmet. Es folgen Hämaturie und Hämoglobinurie, Chylurie und Lipurie, Ehrlichs Diazoreaktion und Glykosurie, Lävulose, Pentose, Laktose, Aceton, β-Oxybuttersäure, Gallenfarbstoff und Nierencylinder, Cylindroide, Epithelien, Schleim, Eiter, amorphe Sedimente, Bakterien und Parasiten. Den Schlufs bilden die Arzneimittel und Gifte im Harn.
Bernhard Schulze-Kiel.

Die Anwendung des Lichtes in der Medizin. Mit besonderer Berücksichtigung von Prof. Finsens Lebenswerk. Von V. Bie-Kopenhagen. Übersetzt von H. Schramm-Kopenhagen. Mit 22 Abbildungen und einem Porträt Finsens. (J. F. Bergmann, Wiesbaden.) In gemeinverständlicher Weise erörtert der Verfasser die physikalische Grundlage der modernen Lichttherapie, die Wirkungen des Lichtes auf die Haut, die inzitierende und psychische Wirkung des Lichtes, den Einfluſs des Lichtes auf den Stoffwechsel, seine Wirkung auf das Blut, seine Fähigkeit, in den Körper zu dringen; ferner die Wirkung des Lichtes auf Bakterien und seine hygienische Bedeutung. Den Schluſs bildet Finsens Behandlung bakterieller Hautleiden mit konzentrierten chemischen Lichtstrahlen. Das klar geschriebene und gut übersetzte Buch kann zu eingehendem Studium aller dieser Kapitel angelegentlichst empfohlen werden. *A. Strauſs-Barmen.*

Diagnose und Behandlung der venerischen Krankheiten und ihrer Komplikationen beim Manne und Weibe, von M. von Zeissl-Wien. 8. Aufl. (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1905.) Das vorliegende ansprechende kleine Werk, welches auch in dieser Auflage gewiſs sehr viele Leser finden wird, war ursprünglich bloſs als eine Arbeit über den männlichen Harnröhrentripper veröffentlicht worden; erst mit den späteren Auflagen sind nacheinander Besprechungen der Blennorrhoe des weiblichen Urogenitalapparates und des lokalen venerischen Geschwürs und der Therapie der Syphilis hinzugekommen. Dieser Entstehungsgeschichte entspricht auch die räumliche Ausdehnung, welche jeder einzelnen der vier Abteilungen gewidmet ist. Aber auch diesen kürzeren Abschnitten wird der Studierende viel Nützliches entnehmen können und wenigstens einen bestimmten Plan für sein therapeutisches Handeln gewinnen. Als ein besonderes Kapitel, welches in älteren Publikationen dieser Art fehlt, ist die Prophylaxe ausführlich besprochen, eine Neuerung, welcher die Berechtigung gewiſs nicht abzusprechen ist. Ferner sei noch als beachtenswert erwähnt, daſs Verfasser in der Vorrede die Staatsbehörde auffordert, gegen die bewuſste Übertragung von venerischen Erkrankungen strenge Strafen zu dekretieren. Es ist dieser Vorschlag ja auch von anderer Seite bereits gemacht worden, und er besitzt auch gewiſs eine groſse innere Berechtigung, indessen scheint zu seiner Verwirklichung noch recht vieles zu fehlen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Kenntnis der färbbaren Körnchen in den Schweiſsdrüsen, von Marie Wersiloff-Moskau. Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Bern: Professor Jadassohn. (Inaug.-Dissert. Bern 1904.) Unna und Babes haben bei Lepra (ersterer auch bei Lupus) durch Karbolfuchsin färbbare und säurefeste Körner gefunden und diese als Degenerationsprodukte der Lepra- resp. Tuberkelbazillen gedeutet. Andere Autoren haben die Befunde bestätigt. Tschlenoff fand unter 24 Hautstücken mit ganz verschiedenen Affektionen fünfmal (und zwar bei Tuberculosis verrucosa cutis zweimal, bei Lupus erythematodes, bei Epithelioma nasi und bei Miliaria crystallina) die erwähnten Gebilde. Er hat dann noch 14 Stücke normaler Haut untersucht und n vier derselben (Fuſssohle, Hüftgegend) den gleichen Befund erhoben, wie an den

pathologischen Objekten. Nach seiner Beschreibung sind diese Gebilde von ungleichmäfsiger Gröfse, sie liegen immer innerhalb der Zellen, und zwar vereinzelt oder in gröfserer Zahl in unregelmäfsiger Gruppierung, oft besonders in dem unteren Teil der Zellen zwischen Kern und Zellkontur; sie sind innerhalb der Schweifsdrüsen sehr unregelmäfsig verteilt und finden sich auch keineswegs in allen Drüsen desselben Präparates. Die Körnchen färben sich am regelmäfsigsten und schönsten (an Alkoholpräparaten) mit der Ziehl-Neelsenschen Tuberkelbazillenmethode; aber auch nach Anilinwasser-Gentianaviolett waren sie meist säurefest. Auch nach Gram (lange Färbung und Nachbehandlung mit starker Lugolscher Lösung), mit Anilinwasser-Safranin mit Bismarckbraun, polychromem Methylenblau, Thionin, Methylgrün, Biondi-Heidenhain, Triacid (grün), nach M. Heidenhains Eisenhämatoxylinmethode, mit saurem Orcëin und Weigerts Färbung (für elastische Fasern) waren sie darstellbar, wenngleich nicht immer mit gleicher Regelmäfsigkeit wie mit Karbolfuchsin.

Verfasserin hat 40 Leichen untersucht, und zwar von jeder Leiche je ein Stück von Brust und Achselhöhle. Die Stücke wurden in Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet, geschnitten und im wesentlichen mit Karbolfuchsin gefärbt, mit Säure entfärbt, mit Methylenblau nachgefärbt und in Balsam eingelegt.

Von 40 Fällen wurden die mit Karbolfuchsin färbbaren, säurefesten Körnchen überhaupt 26 mal gefunden, d. h. in 65 % der Fälle. Der Prozentsatz ist viel gröfser als ihn Tschlenoff bei gesunder Haut fand. Verfasserin zieht den Schlufs, dafs an beliebig aus der Leichenhaut entnommenen Stückchen, wenigstens an den beiden von ihr zur Untersuchung benutzten Körpergegenden, die Körnchen in den Schweifsdrüsen ein aufserordentlich häufiges Vorkommen darstellen. Unter den Fällen mit reichlichen Körnchen wurde untersucht: Brusthaut 19 mal, Achselhöhlenhaut 6 mal, Achselhöhlenrand 11 mal und Achselhöhlenmitte 12 mal. Gefunden wurden die Körnchen in der Brusthaut 18 mal, am Achselrand 9 mal, in der Achselhöhlenmitte 6 mal, in der Achselhöhlenhaut (ohne nähere Angabe der Lokalisation) 2 mal. Unter den Fällen, in denen Brust- und Achselhöhlenhaut (1 Stück) untersucht wurde, fanden sich die Körperchen 2 mal in beiden Stücken, 4 mal blofs in der Brusthaut. Von den 12 Fällen, in denen Brusthaut und Achselhöhlenmitte untersucht wurden, fanden sie sich 11 mal in der Brust, 6 mal in der Achselhöhle. Von den 10 Fällen, in denen Brust- und Achselhöhlenrand untersucht wurden, fanden sie sich 9 mal in der Brust, 9 mal am Achselhöhlenrand. Von den 11 Fällen, in denen die drei Stücke untersucht wurden, fanden sich die Körnchen 5 mal in allen dreien, 4 mal in zweien, 2 mal in einem. Die Körnchen waren also am häufigsten an der Brust und am Achselhöhlenrand, seltener in der Achselhöhle selbst (nur 50 % der sämtlichen Fälle mit reichlichen Körnchen). Bei der Anordnung der Befunde mit spärlichen Körnchen nach denselben Gesichtspunkten ergeben sich analoge Resultate. Von 7 Fällen fanden sich Körnchen: 5 mal an der Brust, 5 mal an dem Achselhöhlenrand, 2 mal an der Achselhöhle usw.

Aus diesen Ausführungen ergibt sich also nur, dafs in einer grofsen Anzahl der Fälle (Stücke aus verschiedenen Körpergegenden) die Körnchen in den Drüsen der verschiedenen Körpergegenden vorkommen, dafs aber die ja auch histologisch verschiedenen Drüsen der Achselhöhle sich in einer ganzen Anzahl von Fällen anders verhalten, als die an der Brust und am Achselhöhlenrand. Sie scheinen dort wesentlich seltener vorzukommen und wurden von Verfasserin in keinem Falle dort gefunden, wenn sie in den beiden anderen Stücken fehlten.

Die Untersuchungen der Verfasserin über die Befunde der Körnchen in verschiedenen Altersstufen und bei den beiden Geschlechtern haben wegen des geringen

Materials keinen erheblichen Wert. Wertvoller ist die Zusammenstellung der Befunde nach den Krankheiten. Es wurden gefunden: Unter 16 Tuberkulösen 7 mal reichlich, 4 mal spärlich, 5 mal keine Körnchen; also im ganzen über 68 % positiv, unter 24 Nichttuberkulösen (resp. den nicht an Tuberkulose Gestorbenen) 12 mal reichlich, 3 mal spärlich, 9 mal keine, also im ganzen 62 % positiv.

Die Untersuchungen ergeben:

1. dafs diese Körnchen sich in Brust und Achselhöhle sehr häufig, in der ersteren aber häufiger finden als in der letzteren, trotzdem ja bekanntlich die Schweifssekretion bei den meisten Menschen in der Achselhöhle eine sehr starke ist;

2. dafs die Krankheiten, durch die der Exitus erfolgt, keinen nachweisbaren Einfluſs hatten und dafs auch die Tuberkulösen nicht besonders reichlich solche Körnchen aufweisen;

3. dafs sie bei sehr jugendlichen Personen seltener zu sein scheinen als bei den Erwachsenen der verschiedenen Altersstufen.

Zum Schlusse ihrer Abhandlung gibt Verfasserin eine Beschreibung der Körnchen.

Fritz Loeb-München.

Über den Befund von Hornperlen und ihre diagnostische Bedeutung, von Hugo Friedmann. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1905.) Eine progressive Epithelwucherung, ein Carcinom, ist scharf zu charakterisieren, wenn sich neugebildete Epithelzapfen inmitten von Bindegewebe finden, um so sicherer, je weiter die neugebildeten Epithelmassen von dem normalen Deck- oder Plattenepithel entfernt liegen; als weiteres kommt meist noch hinzu eine mehr oder weniger ausgesprochene morphologische Veränderung (Anaplasie, Hansemann) des Epithels und für viele Plattenepithelkrebse die Bildung verhornter, zwiebelschalenartig geschichteter Körper, „Hornperlen", „Krebszwiebeln". Wie ist es nun, fragt Verfasser, wenn in einem Stückchen sich epitheliale Zapfen finden, über deren Lage bezw. über deren Eindringen in die Tiefe und Anschnürung wir uns im Schnitt nicht orientieren können? Ist in solchen Fällen ein Auffinden von „Krebszwiebeln" sive „Hornperlen" diagnostisch verwertbar? Die Antwort hängt davon ab, ob Hornperlen überhaupt für Carcinom absolut charakteristisch sind oder ob sie auch in anderen epithelialen Neubildungen beobachtet werden; in welcher Häufigkeit sie in letzteren vorkommen bezw. ob sich zwischen ähnlichen Bildungen histologische Differenzen ergeben.

Nach Unna ist die Verhornung in den Carcinomen eine der vier Degenerationsarten derselben. Er ist der Ansicht, dafs ein aus Stachelschicht gebildetes Epithelgewebe die Neigung, zu verhornen, auch mit in die Tiefe des Carcinomgewebes nimmt. Nach Friedmann widersprechen dieser Auffassung erstens das Nichtvorkommen von Hornperlen bei anderen mit atypischer Epithelwucherung einhergehenden Dermatosen und zweitens der Umstand, dafs nicht alle Hautkrebse Hornperlen zeigen. Die Häufigkeit der Hornperlen wäre nach Unna gering: in 70 Hautkrebsen 8 mal und unter diesen nur 3, bei denen sie reichlich vorhanden waren. Epithelperlen waren in 7 Fällen unter jenen 70 stark ausgeprägt. Unna wie Ziegler erwähnen nichts vom Vorkommen der Hornperlen bei Papillomen.

Aus der Literaturübersicht geht hervor, dafs die diagnostische Bedeutung von Hornperlen eine sehr umstrittene ist.

Unna trennt Horn- und Epithelperlen scharf voneinander, indem er als Epithelperlen in konzentrischen Klumpen angeordnete und hyalin degenerierte Epithelien anspricht. Eine Hornperle setzt sich dagegen nach Unna meist aus einer Lage bereits konzentrisch geschichteter peripherer Zellen zusammen; diese enthalten Keratohyalinkörner, darauf folgt die eigentliche Hornperle, aus dünnen, stark komprimierten, zum Teil kernlosen Zellen bestehend, die zwiebelschalenartig ineinander gerollt sind

und Hornreaktion zeigen, d. h. eine gesättigte strohgelbe Farbe bei Pikrokarmin- und Pikrococheninlefärbung erhalten und eine blaue bei Wasserblau-Orcëinfärbung, während Hyalin sich bei der letzteren Färbung bräunlichrot präsentiert.

Friedmann schliefst sich Unna an und spricht von Epithelperlen, wenn es sich um Klumpen konzentrisch geschichteter, hyalin degenerierter Epithelien handelt, von Hornperlen, wenn es sich um zwiebelschalenartige verhornte Epithelien handelt. Gefordert wird immer eine völlige Abschnürung dieser Gebilde von der Oberfläche; wo eine solche nicht besteht, sondern die Hornschicht der Epitheldecke sich in einer tieferen Einsenkung konzentrisch zusammengeballt hat, schlägt Friedmann vor, von „Nischenperlen" zu sprechen. Er hat sich die Aufgabe gestellt, eine gröfsere Anzahl solcher epithelialer Neubildungen, fast ausschliefslich vom Plattenepithel ausgehend, welche zum Teil im Giefsener pathologischen Institut zur Beobachtung gelangten, daraufhin zu untersuchen, ob auch in klinisch zweifellos gutartigen Bildungen Zwiebelbildungen vorkommen, welcher Art sie angehören, ob sie sich von den echten Cancroidperlen unterscheiden lassen und ob sich für die diagnostische Verwertbarkeit dieser ein anderes Urteil bilden läfst, als das ablehnende einer Reihe von (zitierten) Autoren. Es kamen im ganzen 80 Fälle zur Untersuchung:

Condylomata acuminata	8
Papillomata der Schleimhäute	6
„ „ äufseren Haut	3
Warzen	2
Tuberkulose	2
Tumoren anderer Art	2
Carcinome	7

Unter den gutartigen Bildungen fanden sich zwiebelähnliche Gebilde in Einzelschnitten

in den acht Condylomen in allen Fällen, d. h. in einigen mehr, in manchen nur eine oder zwei;

in den sechs Papillomen der Schleimhaut keine;

in den drei Papillomen der Haut in sämtlichen Fällen, aber auch hier in den einzelnen Fällen numerisch sehr verschieden;

in den zwei Warzen in beiden Fällen;

in den zwei anderen Tumoren keine;

in den zwei Tuberkulosen in beiden Fällen wenige;

in den sieben Carcinomen in fünf Fällen.

Die genaueren Untersuchungen der Zwiebeln in Serienschnitten lehrt, dafs sie in sämtlichen gutartigen Fällen mit dem oberflächlichen Stratum corneum in breitem Zusammenhang stehen, wenn sie auch auf einem einzelnen Schnitt sich als isoliert im Bindegewebe oder im Epithel selbst präsentieren.

Echte Epithel- resp. Hornperlen haben sich in gutartigen Neubildungen nicht gefunden, wohl aber ähnliche Bildungen, die auf einem einzelnen Schnitte leicht Hornperlen vortäuschen können. Serienschnitte ergaben stets in allen Fällen ihren wahren Charakter als „Nischenperlen".

Verfasser glaubt, dem Befund von Hornperlen für die Diagnose Carcinom insofern eine nicht unwesentliche Bedeutung beimessen zu müssen, als sie zusammen mit anderen Momenten, klinischen und histologischen, die Diagnose stützen können. Er hält es für falsch, wenn man einem solchen Befund überhaupt jeden diagnostischen Wert abspricht. *Fritz Loeb-München.*

Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigmentes, von Georg Grund-Heidelberg. (*Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol.* 1905. 7. Supplement.

Festschrift für Julius Arnold.) G. hat, um die Frage zu lösen, wie weit es eine autochthone Pigmentbildung gibt, d. h. ein Pigment, unabhängig vom Blutfarbstoff, als reines Produkt der lebenden Zelle, folgende Versuche angestellt. Er liefs Hautstellen von Kaninchen, die sonst unter dem Haarkleide der Einwirkung der Sonnenstrahlen entzogen waren, durch Entfernung der Haare der freien Lichtwirkung aussetzen. Ein anderes Teil der Kaninchen wurde einer täglichen Bestrahlung mit einer weichen Röntgenröhre aus 20 cm Abstand bei 4—5 Amp. Stromstärke und Elektrolytenunterbrechung von ca. 60 in der Sekunde ausgesetzt. Dauer der einzelnen Bestrahlung 10—12 Minuten an 7—10 Tagen. Die dem Sonnenlichte ausgesetzten Kaninchen waren teils Albinokaninchen, teils gescheckt, teils grau; die mit Röntgenlicht bestrahlten waren teilweise albinotisch. G. kommt auf Grund der Resultate der nach verschieden langer Zeit der Belichtung vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung von in vivo exzidierten Hautstellen zu folgendem Ergebnis: Im vorliegenden Falle findet eine Bildung von Pigment durch von aufsen in die Epidermis eingedrungene Elemente nicht statt, die entstandene Pigmentbildung mufs somit der Epidermis als solcher innewohnen. Diese Pigmentbildung geht einmal vor sich in gewöhnlichen Epidermiszellen. Das Auftreten von Pigmentgranula in normalen Epidermiszellen in Regionen, wo weithin keine Chromatophorenzellen zu finden sind, vor allem auch die primäre Anordnung um den Kern herum, hält G. auch dann für beweisend für eine selbständige Epidermispigmentierung, wenn Chromatophoren anderer Herkunft daneben bestehen sollten. Der Kern scheint bei der Bildung der Granula mitzuspielen, bildet sie aber nicht in sich selbst. Daneben findet nach G. eine Pigmentbildung in den Chromatophoren statt, deren Zellnatur einmal sichergestellt sei, einmal durch das zweifellose Vorhandensein eines stärker tingierten Kernes innerhalb der verästigten Pigmentmassen, andrerseits durch ihr isoliertes Vorkommen in einer Umgebung von relativ pigmentfreier Epidermis; denn warum sich gerade dort soviel Pigment ohne besondere Ursache anhäufen sollte, wäre nicht klar. Dafs diese Zellen aber Bindegewebszellen wären, die, in die Epidermis eingedrungen, Pigment von den umgebenden Epidermiszellen aufnähmen, also nur Pigmentspeicher oder Transporteure bildeten, ist nach G. durch das relativ isolierte Vorkommen widerlegt, wo die Epidermiszellen so wenig Pigment und so sehr an den Kern gekettet enthalten, dafs ein massenhafter Übergang in eine fremde Zelle ausgeschlossen ist. Es entstammen also die Chromatophoren dem Orte, in dem sie sich vorfinden, nämlich der Epidermis. Danach würden vereinzelte Epidermiszellen die Eigenschaft erhöhter Pigmentbildung erhalten.

Die Übergangsbilder zwischen Chromatophoren und normalen stark pigmentierten Epidermiszellen bilden das anatomische Substrat dieser Annahme. Die anscheinenden Verästelungen mögen in erster Zeit wirklichen Zellausläufern entsprechen, wie ja die Verästelung von Epidermiszellen häufiger vorkommt. In späteren Stadien, wenn diese Zellausläufer untereinander zu verschmelzen scheinen, ist ein Übertritt des Pigments in die Intercellularräume sicher anzunehmen. So ist auch die Beschränkung der Chromatophoren auf die Epidermis leicht verständlich, denn es ist erklärlich, dafs solche Zellen ihren Mutterboden nicht ohne Not verlassen, zumal überhaupt für ihre Bewegungsfähigkeit kein Beweis vorliegt. Das Gesamtergebnis ist somit nach G., dafs die Epidermis des Kaninchens, und damit wohl die aller Säugetiere, die Eigenschaft autochthoner Pigmentbildung besitzt. Diese Eigenschaft schlummert in der Epidermis, und das Licht wirkt derart umgestaltend auf die Zellen, dafs es sie zu einer Tätigkeit befähigt, die sie vorher nicht ausübten. Die albinotische Haut ist als degeneriert aufzufassen, die diese wichtige primäre Eigenschaft der Epidermis verloren hat. *Putzler-Danzig.*

Lichterscheinungen nach Reibung der menschlichen Haut mit Glühlampen. Bemerkungen zu der Mitteilung von Professor Sommer, von Rudolf Lohnstein-Berlin.

Erwiderung von Robert Sommer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 19.) Ohne allgemeines Interesse. *A. Loewald-Kolmar.*

Mikroskopische Technik.

Zur Technik der Kromayerschen Epithelfaserfärbung, von Richard Fischel Bad Hall. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat.* 1905. Nr. 15.) F. empfiehlt, um Unsicherheiten des Erfolges zu vermeiden, die Kromayersche Epithelfaserfärbung in folgender Weise vorzunehmen:

Die möglichst dünnen Schnitte (— 5 μ) werden nach der Extraktion des Paraffins

a) in Anilinwasser und konzentriertem Gentianaviolett 6 B ää durch 10—15 Minuten gefärbt;
b) gründliches Auswaschen in Wasser;
c) eine Sekunde bis eine halbe Minute Lugolsche Lösung;
d) Auswaschen in Wasser; vorsichtiges Abtrocknen mit faserfreiem Filtrierpapier, so daſs eine Spur feuchten Glanzes zurückbleibt (Cave vollständiges Abtrocknen!);
e) Differenzierung mit Anilinxylol (1 : 2, 1 : 3, 1 : 1, je nach der Dicke der Schnitte).

Das Anilinxylol wird auf dem Wasserbade oder am besten im Paraffinschrank auf 56° erhitzt.

Wenn keine sichtbaren Wolken mehr abgehen

f) Xylolübergieſsung;
g) Balsam. *Putzler-Dansig.*

Eine Vereinfachung und Vervollkommnung meiner Methylenazur-Methylenblau-Eosin-Färbemethode zur Erzielung der Romanowsky-Nochtschen Chromatinfärbung, von G. Giemsa-Hamburg. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXVII. Heft 2.) Die vom Verfasser angegebene bekannte Methode zur Chromatinfärbung war zwar ein entschiedener Fortschritt der Färbetechnik, aber ihr hafteten doch auch einige Mängel an. Erstens muſste man stets mit zwei Farblösungen arbeiten, das hygroskopische Azur nahm leicht Feuchtigkeit aus der Luft auf u. a. Giemsa teilt nun im vorliegenden Artikel eine neue Färbekombination mit. Er trocknet 3 g Azur II-Eosin und 0,8 g Azur II im Exsikkator über Schwefelsäure, pulvert sie fein und reibt sie durch ein feinmaschiges seidenes Sieb unter Schütteln in 250 g chemisch reines Glycerin. Hierzu gibt man 250 g auf 60° angewärmten Methylalkohol, schüttelt, läſst die Mischung 24 Stunden bei Zimmertemperatur stehen und filtriert nun. Die Lösung ist nun färbfertig. *Hopf-Dresden.*

Bemerkungen zur Färbung der Spirochaeta pallida, von G. Giemsa-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 26.) Verfasser gibt als derzeit beste Zusammensetzung seiner Farblösung die folgende an:

Azur II-Eosin 3,0 g,
Azur II 0,8 g,
Glycerin (Merck, chemisch rein) 250,0 g,
Methylalkohol (Kahlbaum I) 250,0 g.

Die Lösung kann gebrauchsfertig bezogen werden und ist sehr haltbar. Die Färbung geschieht in folgender Weise:

1. Härtung des lufttrockenen, sehr dünnen Anstriches in Alcohol absolutus 15—20 Minuten). Abtupfen mit Fliefspapier.

2. Verdünnung der Farblösung mit Aq. dest. in einem weiten, graduierten Reagensglas unter Umschütteln (ein Tropfen Farblösung auf 1 ccm Wasser).

3. Rasches Übergiefsen der Präparate mit der verdünnten Lösung (10—15 Minuten Färbung).

4. Abwaschen im scharfen Wasserstrahl.

5. Abtupfen mit Fliefspapier, Trocknenlassen, Einbettung in Kanadabalsam.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Färbung der Spirochaeta pallida, von KARL REITMANN-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.) Verfasser empfiehlt folgendes, rasch ausführbares Färbeverfahren: Die lufttrockenen Deckgläschen werden zehn Minuten in absolutem Alkohol fixiert, in destilliertes Wasser und dann fünf Minuten in 2%ige Phosphorwolframsäurelösung gebracht; Abspülung mit destilliertem Wasser, 70%igem Alkohol, nochmals Wasser, dann Färbung mit der üblichen unverdünnten Karbolfuchsinlösung in der üblichen Weise bis zur intensiven Dampfbildung. Abspülung mit Leitungswasser, 70%igem Alkohol, Wasser; Trocknung usw. Die Zellkerne sind dunkel, das Protoplasma licht, das Serum ganz hell und die Spirochäten intensiv rot gefärbt.

A. Loewald-Kolmar.

Bakteriologie.

Die Biologie des Mikroorganismus der Aktinomykosis, von JAMES HORNER WRIGHT. (*Publications of the Massachusets Gen. Hosp.* 1905. Vol. I. Nr. 1.) Die Ansichten der Autoren über die Natur der Aktinomykosis sind nicht klar. Die einen sind der Ansicht, dafs die Krankheit eine Folge der Infektion mit zwei oder mehreren voneinander verschiedenen Mikroorganismenspezies sei, während andere behaupten, dafs nur eine bestimmte Art von Mikroorganismen diese Affektion verursachen. Der Verfasser definiert die Aktinomykose als einen suppurativen Prozefs, welcher mit Bildung von Granulationsgewebe einhergeht, aus dessen Eiter die charakteristischen Körner oder Drusen, welche aus dichten Herden verzweigten filamentösen Mikroorganismen und ihren Neubildungs- oder Degenerationsprodukten bestehen, aufweist. Es folgen Fälle von Aktinomykose, mit welchen Kulturversuche angestellt wurden; ferner die angewandte Isoliermethode bei den Mikroorganismen. Die hierauf folgende Literatur über die Biologie der Mikroorganismen der Aktinomykose mufs im Original nachgelesen werden, ebenso die allgemeinen Bemerkungen und die Schlufsfolgerungen, welche der Autor aus seinen experimentellen Arbeiten zieht. Die beigegebenen Mikrophotogramme zeichnen sich durch gute Reproduktion aus und legen Zeugnis von dem Fleifse des Verfassers ab, den er auf die schwierige Materie verwandt hat.

A. Niemeyer-Berlin.

Über die künstliche Kultur des HANSENschen Bacillus aufserhalb des menschlichen Organismus, von GRAVAGNA. (*Rif. med.* 1905. Nr. 32.) Der Verfasser hat verschiedene Kulturböden (Glycerinagar, Serumbouillon usw.) mit Partikelchen und Gewebssaft von Lepromen versetzt und konstant Kolonien von reichlichen HANSENschen Bazillen erzielt, makroskopisch in Gestalt von einer Trübung auf dem Boden des Glascylinders. Niemals aber gelang es, von diesen Kolonien durch weitere Versetzungen auf die verschiedensten Nährböden neue Kolonien zu erzeugen.

C. Müller-Genf.

Zur Frage des Gonokokkenwuchses auf einfachem Fleischpeptonagar, von ROTMANN. (*Russki Wratsch.* 1905. Nr. 28.) Verfasser sah das beste Wachstum auf Ascitesagar und gar kein Wachsen derselben auf dem THALMANNschen Agar. Die Schlufssätze der Arbeit lauten:

1. Der Thalmannsche Agar eignet sich ebensowenig wie der gewöhnliche Fleischpeptonagar für den Gonococcus. Es kommt augenscheinlich nicht auf die Reaktion, sondern auf die chemische Zusammensetzung des Nährbodens an.

2. Das Wachstum von Gonokokkenkolonien am Rande dicker Aufstriche bei gewöhnlichen Nährböden kommt wahrscheinlich nur dank dem nährenden Schleim zustande, der von der Öse mitgefafst wird bei Aussaat aus dem Harnkanal. Bei dünner Verteilung des Trippereiters auf Thalmannschen Agar entwickeln sich keine Gonokokken.

3. Zu den positiven Mitteilungen von Gonokokkenwachstum auf Thalmannschem Agar bei Infektion mit Sekret von chronischem Tripper dürfte es erlaubt sein, sich skeptisch zu verhalten, wo ein solches Wachstum auf Ascitesagar schon sehr selten vorkommt, weil die den chronischen Tripper begleitenden anderweitigen Mikroorganismen den Gonococcus bald ersticken. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über die Möglichkeit, Verwechselungen mit dem Smegmabacillus bei der Diagnose von Urogenitaltuberkulose zu vermeiden. Eine experimentelle Untersuchung, von H. Y. Young und J. W. Churchman-Baltimore. (*Amer. Journ. med. science.* Juli 1905.) Bekanntlich zeigt der Smegmabacillus in tinktorieller Hinsicht grofse Ähnlichkeit mit dem Tuberkelbacillus. Verfasser berichten über zwei Fälle, bei denen durch einen anscheinend positiven Befund in dieser Beziehung Trugschlüsse leicht entstehen konnten. Bei beiden schien die Diagnose Tuberkulose der Niere durch die Anwesenheit von Tuberkelbazillen im Urin gesichert, und doch genas der eine Patient in kurzer Zeit, während bei dem anderen die Nephrotomie das Vorhandensein von 14 Nierensteinen von Kirschkern- bis Taubeneigröfse ergab. Aus der ausführlich besprochenen Literatur entnehmen Verfasser, dafs alle Färbungs- und Entfärbungsmethoden unzuverlässig sind. Sie verwenden daher einen einfachen Spülapparat zur Irrigation der Urethra vor der Entleerung des zu untersuchenden Urins und spülen die Harnröhre gründlich mit sterilem Wasser aus. Aus ihren tabellarisch in gröfserer Anzahl mitgeteilten Beobachtungen geht hervor, dafs man sich auf diese Weise vor Verwechselungen der beiden Pilzarten mit fast voller Sicherheit schützen kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hygiene.

Hygiene in den Frisier- und Rasierstuben, von G. Merzbach-Berlin. (*Hygien. Rundschau.* 1905. Nr. 7.) In der Sitzung der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin am 1. November 1904 entwickelt M. die hygienischen Bedenklichkeiten, die man den Barbierstuben in bezug auf Krankheitsübertragung entgegenbringen mufs, zugleich mit einem Programm, im praktisch-humanen Sinne Vorsichtsmafsregeln noch allgemeiner werden zu lassen. M. will sich an die Innung und deren eigene Kontrolle wenden und ihr eine selbständige Beaufsichtigung zugestanden wissen, wie dies auch von dem zugleich mit geladenen Vertreter der Berliner Barbierinnung, dem Obermeister derselben, anerkannt wird. Vor allem soll neben der gegenseitigen Geschäftskontrolle auch die Erziehung des Personals in der Beachtung der Haut- und Haarkrankheiten und in der allgemeinen Reinlichkeit und den einschlägigen Desinfektionsvorschriften angestrebt werden, und zwar dies wieder durch die Innung selbst, wenn auch unter polizeilichem Drucke.

Mit der Entdeckung des Favus- und Tonsuranspilzes ist die Übertragungsmöglichkeit gerade auch bei Haarkrankheiten erwiesen; obgleich manche Formen wie die Seborrhoe und die Alopecia areata noch nicht als infektiös mit Bestimmtheit gedeutet werden können, obgleich wir nun zu scheiden wissen zwischen Bartflechten

(Sycosis parasitaria und non parasitaria) und Flechten des Bartes, so müssen wir doch, abgesehen von ganz anderen Gelegenheiten der Übertragung (Eisenbahnwaggon- und Restaurantpolster), auch vor allem diejenigen durch Schere, Kamm und Bürste und durch die Hände des Friseurs auszuschalten suchen; hierzu kommt auch die Möglichkeit der syphilitischen Infektion durch Rasiermesser und die Übertragbarkeit der Impetigo contagiosa.

Um dies zu verhüten, sind ungefähr folgende Gesichtspunkte maßgebend:

Im Geschäftsladen der Barbiere usw. hat ein Plakat auszuhängen, durch welches das Publikum aufgeklärt und zur sachlichen und aufmerksamen Kontrolle angeregt wird.

Die Geschäftsinhaber und Gehilfen haben Unterrichtskurse, wo auf alle die obigen Gefahren und Schädlichkeiten hingewiesen wird, mit durchzumachen und sind von der Innung bezw. vom Geschäftsherrn anzuhalten, daß der Besuch ein regelmäßiger sei, und Meister wie Gehilfen haben Ausweise über durchgemachte Kurse sich zu beschaffen.

In erster Linie ist die Reinlichkeit der Hände und Wäsche (Handtuch, Serviette) vonnöten; dann ist anzuraten, daß jeder Kunde sein eigen Rasierzeug sich anschafft, für Messer genügt schließlich das Reinigen mit Alkohol, für Kämme empfiehlt sich Abkochen mit 5 %iger Sodalösung; deswegen sind Buchsbaumholzkämme vorzuschlagen, große Kopfwalzen und dicke Auftragbürsten sind zu verpönen, da ohnedies die Desinfektion der Bürsten der heikelste Punkt bleibt; jedenfalls für Schnurrbart bedarf es der Bürsten nicht, und Schnurrbartbinden in gemeinsamer Anwendung sind auch zu verbannen. Daß beim Pudern jedesmal neue Wattebausche zu nehmen und die Boraxsteine zum Glätten der Haut nach dem Rasieren nicht angebracht sind, ist selbstverständlich.

Alle diese — wie gesagt — am besten durch das aufzuklärende Publikum selbst zu überwachenden Maßnahmen erfordern natürlich ein Steigen der Arbeitspreise, und diese müsse von Innungswegen geregelt und ein Mindestpreis eingeführt werden; dann würde kaum eine Schädigung des Barbier- und Friseurgewerbes entstehen. Eine solche Möglichkeit wird von dem Vertreter der Berliner Innung auch zugegeben.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Der persönliche Schutz vor geschlechtlicher Infektion, von Feistmantel-Budapest. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 13—17.) Die Zahl der Geschlechtskrankheiten beläuft sich nach der Statistik der letzten Jahre in der österreichisch-ungarischen Armee auf 60 %, erreicht in einigen Garnisonen sogar die Höhe von 160 %. Predigen zur Enthaltsamkeit und belehrende Vorträge über die Gefahren des außerehelichen Beischlafes sind natürlich nicht imstande, diese erschreckend hohe Ziffer herabzudrücken. Verfasser hat zur Bekämpfung dieser Seuche bei einem Teil der Ofen-Pester Garnison die Prophylaxe mit desinfizierenden Mitteln eingeführt. Nach Erwähnung der Prophylactica des Altertums und des Mittelalters, geht Verfasser ausführlicher auf die Schutzmittel der neuesten Zeit ein, Samariter, Phallokos, Amicus, Sanitas-Olive, Viro-Tube, Prophylaktol, Protektor, alles erprobte Mittel zur Verhütung der Blennorrhoe, aber kein sicheres Prophylaktikum gegen Syphilis. Ein Prophylaktikum muß folgende Forderungen erfüllen:

1. Es muß sich in Pastillenform herstellen lassen.
2. Es darf keine starken Gifte enthalten.
3. Es darf keine Beschwerden hinterlassen.
4. Es muß billig sein.
5. Es muß sowohl gegen Tripper als auch gegen Schanker schützen.

Verfasser führte zu diesem Zwecke die von König und Paul empfohlenen Pastillen ein, welche aus 10 g Kaliumpermanganat, 8,5 g Kochsalz und aus 25 g sauren

schwefelsauren Kaliums bestehen und in 1 l Wasser gelöst werden. Von dieser Lösung wird eine Injektionsspritze voll in die Harnröhre eingespritzt, drei Minuten einwirken gelassen, sodann das Glied zwei bis drei Minuten lang in dieser Lösung gebadet.

Verfasser stellte seine Versuche bei vier Gruppen an.

I. Gruppe: Diese Leute wurden über die Technik der Desinfektion instruiert und bekamen das obige Mittel in Pastillen ausgehändigt (intelligentere Elemente, Unteroffiziere).

II. Gruppe: Für diese wurden Desinfektionslösung und Spritzen auf dem Marodenzimmer aufgestellt, damit sie sich nach Rückkehr in die Kaserne desinfizieren konnten.

III. Gruppe: Für diese wurden auf dem Marodenzimmer Sublimattupfer zur äußerlichen Reinigung und 5 %ige Albarginlösung zum Eintropfen in die Urethra bereitgestellt.

IV. Gruppe: Diese erhielt Anweisung, sofort nach dem Coitus zu urinieren und die Genitalien mit Wasser und Seife gründlichst zu säubern.

Die Resultate bei den Gruppen I—III, die prophylaktisch behandelt wurden, waren sehr erfreulich:

Von 640 prophylaktisch behandelten Leuten erkrankten inkl. der infiziert eingerückten Mannschaften 14, d. i. 21,8 ‰ pro anno. Bei der prophylaktisch nicht behandelten Gruppe IV waren 40,6 ‰ Erkrankungen im Jahr, ein Beweis, daß einfaches Urinieren, Seifenwaschung und Belehrung nicht imstande sind, die Morbiditätsziffer in nennenswerter Weise herabzudrücken. Bei dem Rest der Ofen-Pester Garnison (5680 Mann) erkrankten 339, d. i. 57,9 ‰. Bei den prophylaktisch behandelten Mannschaften war kein einziger Fall von Infektion zu verzeichnen, wenn die Desinfektion gründlich innerhalb drei Stunden post coitum durchgeführt worden war. Bei allen Erkrankten wurde nachgewiesen, daß sie die Desinfektion wegen Trunkenheit überhaupt nicht oder später als drei Stunden post coitum vorgenommen hatten. Das angewandte Mittel war gleichgültig, die Pastillenlösung und die Sublimat-Albargindesinfektion haben sich gleichmäßig gut bewährt.

Verfasser faßt seine Resultate in folgendem zusammen:

1. Eindringliche Belehrung über das Wesen, die Folgen und die Verhütung von Geschlechtskrankheiten, Bereitstellung der Mittel zur prophylaktischen Desinfektion, Ausübung eines gewissen Zwanges zur Ausnutzung der Desinfektionsgelegenheit.

2. Die Desinfektion muß innerhalb drei Stunden nach dem Coitus geschehen. Als bestes Prophylaktikum gegen Blennorrhoe gilt das Einträufeln von ein bis zwei Tropfen 5 %ige Albargin- (oder 5 %ige Protargol-)lösung (mit 10 % Glycerinzusatz) in die Fossa navicularis. Das beste äußerliche Prophylaktikum sind Waschungen des Gliedes in 1 ‰iger Sublimatlösung. Bei denjenigen Truppen, bei welchen die Prophylaxe dem Manne selbst überlassen werden muß, sind die genannten Doppelpastillen anzuwenden. Für Offiziere und für diejenigen, welche für Schutzmittel mehr ausgeben können, sind empfehlenswert: Der Blokusewskische Amicusapparat, desselben Sanitas-Oliven, die Viro-Tuben, und zur äußeren Desinfektion Formalin-Seifencreme. Am Schluß ist das für die Mannschaften bestimmte Merkblatt abgedruckt.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Ein Beitrag zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Tandler. (*Der Militärarzt.* 1905. Nr. 7.) Verfasser schildert das von ihm beim österreichischen Wachdetachement in Peking angewendete Schutzverfahren, welches ihm recht gute Resultate ergab. Es besteht in 1. Urinieren, 2. Abwaschen von Eichel und Penis mit 1 ‰iger Sublimatlösung, 3. Einbringen einiger Tropfen 20 %iger Protargolglycerinlösung in die Harnröhre. Sodann veröffentlicht er den Entwurf zu einem Merkblatt für die Matrosen. *F. Hahn-Bremen.*

Vorschläge für eine behördliche Überwachung der Geschlechtskrankheiten, von George M. Kober-Washington. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 11. März 1905.) Ist auch die Einführung der Reglementierung in Amerika aussichtslos, so könnte der Staat, um der Ausbreitung der Geschlechtsleiden entgegenzuarbeiten, doch in folgenden Richtungen vorgehen:

1. Schaffung gesetzlicher oder polizeilicher Vorschriften für Bordelle, die Prostitution auf den Straßen und das Sich-Feilbieten von Mädchen unter einem bestimmten Alter.

2. Einführung gesetzlicher Vorschriften bei der Ausübung gewisser Gewerbe, wie der Barbiere, Hühneraugenoperateure, Manikuristen; Untersuchungszwang für Ammen, Zigarrenmacher und Glasbläser.

3. Fürsorge für die Kranken durch Erleichterung und Vermehrung der Behandlungsmöglichkeiten.

4. Verteilung von aufklärenden Flugblättern.

Die persönlichen Schutzmittel dürfen nicht empfohlen werden, da sie alle unzuverlässig und unmoralisch sind. *A. Loewald-Kolmar.*

Die sanitäre und moralische Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Prince A. Morrow-New York. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 4. März 1905.) Die Geschlechtskrankheiten sind nicht bloß Krankheiten des menschlichen Körpers, sondern auch Krankheiten des sozialen Organismus. Sie schädigen besonders die Fortpflanzungsorgane. Ihre hauptsächlichste soziale Gefahr beruht in ihren zerstörenden Einflüssen auf Gesundheit und produktive Energie der Familie. Die Gründe, aus denen die Behörden sich diesen Krankheiten gegenüber untätig verhalten, sind 1. der Mißerfolg aller bisher angewandten Methoden zu ihrer Bekämpfung, 2. die Abneigung der öffentlichen Meinung, die Prostitution gesetzlich anzuerkennen. Die Reglementierung ist wegen der Einseitigkeit der Überwachung, die sich nur auf die Prostituierten beschränkt, zu verwerfen. Der Meldezwang, wie er bei allen anderen ansteckenden Krankheiten vorgeschrieben ist, wird bei den Geschlechtsleiden wegen ihres privaten, peinlichen Charakters nicht verlangt. Auch die Belehrung des Volkes durch Flugblätter, wie sie im Kampf gegen die Tuberkulose geübt wird, wollen die Behörden nicht auf die Geschlechtsleiden ausgedehnt wissen. Die Isolierung der Kranken ist nicht durchführbar, auch meist nicht nötig.

Die Übertragung der Krankheiten geschieht hauptsächlich durch die Prostitution und in der Ehe. Ein Kampf gegen die Prostitution ist mit gesetzlichen Maßnahmen nicht durchführbar, und gegen die Übertragung in der Ehe sind die Behörden machtlos. — Ein besonderer Zug hebt die Geschlechtsleiden aus allen anderen ansteckenden Krankheiten heraus; die Übertragung ist meist eine freiwillige und bewußte. Der Mann, der zur Prostituierten geht, setzt sich freiwillig der Ansteckungsgefahr aus, und der Mann, der die Krankheit auf Frau und Kind überträgt, tut dies gleichfalls bewußt. An diesem Punkte haben unsere Bestrebungen einzusetzen. Der Wille, die Moral, das Verantwortlichkeitsgefühl des einzelnen Individuums müssen beeinflußt werden. Die Erziehung der jungen Leute würde nicht nur das beste Präservativ gegen das Aufsuchen der Gefahr sein, sondern auch die wirksamste prophylaktische Maßnahme gegen die Einschleppung in die Ehe bilden. Diejenigen, die ihre Krankheit wissentlich übertragen, müßten gerichtlicher Bestrafung verfallen können. Der Unterricht in der Physiologie der Fortpflanzung, der Hygiene der Zeugungsorgane, die Belehrung über die Gefahren, die mit ihrem unregelmäßigen Gebrauch verbunden sind, sollten ein wesentlicher Bestandteil des hygienischen Unterrichts auf den Schulen und Hochschulen sein. Der Jugend muß die Furcht vor den Mikrobien eindringlichst gepredigt werden. Den niederen Klassen müßte die Kenntnis

durch „Gespräche an junge Männer", Vorträge, gedruckte Flugblätter vermittelt werden. In gleicher Weise müfsten die Mädchen aufgeklärt werden; zur Furcht vor der Mutterschaft mufs die Furcht vor der Ansteckung hinzugelehrt werden. Dazu kommen natürlich alle Mafsnahmen, die geeignet sind, die soziale Lage der Arbeiterinnen zu heben. — Neben der Aufklärung ist die Behandlung der Krankheiten das wichtigste Prophylaktikum; es sollte für jeden die Möglichkeit geschaffen werden, sich unentgeltlich behandeln zu lassen.

Zur Durchführung dieser Ideen ist die Mitarbeit weitester Kreise notwendig. Verfasser regt die Gründung einer „Gesellschaft für sanitäre und moralische Prophylaxe" an. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Prostitutionsfrage für europäische Heere auf asiatischen Kriegsschauplätzen, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse während des chinesischen Feldzuges 1900/01, von Emil Schulz. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Die anregend geschriebene Arbeit sei der Beachtung empfohlen. Für das deutsche Kontingent sind ihre Konstatierungen nicht sehr schmeichelhaft. *Fritz Loeb-München.*

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von Otto Grosse-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 21.) Gr. beschreibt und kritisiert die bisher in den Handel gekommenen Schutzmittel gegen geschlechtliche Ansteckung; er kommt dabei zu dem Schlusse, dafs bis jetzt weder in wissenschaftlicher noch in technischer Beziehung etwas voll Befriedigendes erreicht worden ist, dafs wir Schutzmittel brauchen, die haltbarer, leichter herzustellen, leichter zu handhaben und billiger sind. All diese Forderungen soll ein neues, von Gr. selbst konstruiertes Schutzmittel erfüllen. Es besteht aus 2, ungefähr 3 cm langen, kaum bleistiftdicken Zinntuben, von denen die eine das Prophylaktikum gegen Syphilis und Ulcus molle, ein unzersetzbares Fettgemisch — Lanolin und Vaselin ohne den bei den übrigen Schutzmitteln verwendeten, aber irrationellen und überflüssigen antiseptischen Zusatz — enthält. Das Prophylaktikum gegen Blennorrhoe, das den Inhalt der anderen Tube bildet, ist eine 1 ‰ige Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum in Wasser, Gelatine und Glycerin. Quecksilberoxycyanid wurde gewählt, weil es eines der wirksamsten antiblennorrhoischen Mittel, dabei aber unschädlich und in Konzentrationen von 1 : 1000—1 : 500 reizlos und auch bei Berührung mit Metallen vollkommen unzersetzlich ist. Die Tube, in der die Lösung sich befindet, ist eine Spritztube von eigenartiger neuer Konstruktion. Die beiden Tuben sind der Länge nach aneinander gelegt und durch einen mehrfach herumgewickelten Papierstreifen zu einem handlichen Ganzen verbunden; dem Papierstreifen ist auf der einen Seite die höchst einfache Gebrauchsanweisung, auf der anderen Seite eine kurze Information über Geschlechtskrankheiten — also eine Art Merkblatt — aufgedruckt. Der Apparat, den Gr. ursprünglich „Selbstschutz", dann aber, als der patentamtliche Schutz für diese Bezeichnung abgelehnt wurde, „Schütze Dich" nannte, ist nur zu einmaligem Gebrauche bestimmt und kostet zurzeit 30 Pf.; er wird von der Adlerapotheke in München hergestellt. *Götz-München.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über autotoxische und alimentäre Dermatosen, von Karl Ullmann-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 23.) Der Hinweis auf die Wichtigkeit der inneren Ursachen mancher Dermatosen und auf die Notwendigkeit der bezüglichen Forschung wird heute noch oft als etwas Überflüssiges angesehen. Weil man die Mehrzahl der inneren Ursachen nicht versteht, so soll einfach über sie hinweggegangen werden. Gerade das relative häufige Entstehen mehr oder weniger typischer Dermatosen bei Individuen, deren Blut mit toxischen Substanzen verschiedener Art überladen ist,

weist gebieterisch auf den kausalen Zusammenhang der toxischen Substanzen innerhalb der Körperökonomie mit den betreffenden Dermatosen hin. Man hat daher wieder den alten Begriff Autointoxikation neu eingeführt, und es gilt jetzt, diesen weitgefafsten Begriff aus den mehr abstrakten Gesichtspunkten in konkrete Tatsachen zu verwandeln. Dazu ist es aber nötig, den Zusammenhang der einzelnen Symptome an der Haut mit denen anderer Organe statistisch zu erheben und kritisch zu beleuchten. Es ist von vornherein wahrscheinlich, dafs es sich nur in den seltensten Fällen um eigentliche Gifte handeln dürfte, sondern in der Regel um solche, die nur für gewisse Individuen unter gewissen Bedingungen und nur in gewissen Quantitäten giftig sind. Weiterhin kann der Reiz zur Bildung einer Dermatose auch in einer Störung der normalen Art der Exkretion liegen, etwa so, dafs z. B. der Darm, die Haut oder deren Drüsen die Funktion der Nieren, der Leber oder Lungen selbst übernehmen. Für dieses unzweifelhafte Vorkommen solcher vikariierenden Funktionen der Haut spricht indessen nur ein Teil der autotoxischen Hautaffektionen, z. B. die Follikulitiden und die an den Schweifsdrüsenzonen vorzüglich lokalisierten, während man bei juckenden urtikariellen oder erythematösen Prozessen auf stetig oder zeitweilig im Gefäfssystem kreisende Stoffe als Ursache hingewiesen wird. Die unbestritten wichtigste Quelle für Toxine liegt innerhalb des Magen- und Darmkanals, wo die ubiquitären Bakterien aus den Nahrungsstoffen mehr oder weniger giftige Toxine erzeugen. Dafs aber auch die Resorption von an sich nicht giftigen Stoffen ohne Zutritt von vulgären oder pathogenen Bakterien toxische Hauterscheinungen verursachen können, dafür sprechen mehrere vom Verfasser exakt erhobene negative Harnbefunde bei typisch prurigokranken Kindern, insofern bei denselben nur jene Schwankungen der Ausscheidungsstoffe zwischen Gesamtstickstoff, Harnsäure und aromatischen Produkten zu beobachten waren, welche der jeweils zugeführten Nahrung entsprachen, wobei jedoch zu keiner Zeit eine absolute oder relative Vermehrung des Indikans, Skatols usw. zu verzeichnen war, die auf eine qualitative oder wesentliche quantitative Steigerung der Bakterienwucherung hätte schliefsen lassen. In diesen Fällen fehlten auch die klinischen Symptome einer Verdauungsstörung; deshalb rechnet U. die Prurigo und den Strophulus infantum in allen Fällen, wo Verdauungsstörungen und plötzliche urtikarielle Erytheme fehlen, zu den Dispositionserkrankungen und nicht zu den toxischen Erythemen. Hierher gehören auch die sogenannten Futterausschläge bei den Tieren. Verfasser hat ferner zahlreiche Nachprüfungen an typischen Dermatosen vorgenommen und festgestellt, dafs zahlreiche mit Erythema, Urtikaria, Pruritus usw. behaftete Kranke im Harn keine Steigerung der aromatischen Körper des Indikans, keine aromatischen Oxysäuren, überhaupt keinerlei Anomalie darboten. Auch die Untersuchungen auf Diamine waren stets negativ. Die Gastritiden und Enteritiden, welche z. B. beim Botulismus, bei Fisch-, Käse- und Milchvergiftung oder bei anderen alimentären Intoxikationen zugleich mit akuten Erythemen- und Urtikariaformen einhergehen, betrachtet U. als alimentäre Infektionen mit pathogenen Bakterien oder wenigstens deren giftigen Stoffwechselprodukten. Daher ist es auch erklärlich, dafs bei diesen Formen solche hochvirulente Toxine im Harn nachweisbar sind. Hier spricht aber auch der ganze akute klinische Verlauf für die chemische Beschaffenheit der Noxe und für deren gastrointestinalen Ursprung. Neuerdings ist viel Wert auf die Untersuchung der Faeces gelegt worden, ohne dafs positive Resultate zutage gefördert worden wären. U.s Erfahrungen deuten demnach darauf hin, dafs nur an einem Teile der oben genannten, allerdings auch noch bei anderen Dermatosen, z. B. der Sklerodermie, der Erythrodermia universalis exfoliativa, der Pityriasis rosea, dem Ekzema chronicum die Toxicität des Darminhalts eine nur nebensächliche, allenfalls mitunter auslösende, provozierende Rolle spielt. Was den Erdbeer- oder Krebs-

ausschlag, die Erytheme nach dem Genuſs von Gurken oder Sellerie anbetrifft, so gehören dieselben unzweifelhaft in das Gebiet der sogenannten Idiosynkrasie der Haut. Aber auch diese beruht ja vorwiegend auf dem Momente der individuellen Disposition, die in solchen Fällen quantitativ enorm gesteigert ist. Die Exantheme nach gewissen Reizstoffen und Medikamenten, ebenso wie die auf Heilsera folgenden, die als bunteste zumal urtikariell-erythematöse Dermatitiden auftreten, lassen im Harne niemals Phenolurie nachweisen. Ebensowenig wie die Urticaria porcellanea chronica noch immer als Ausdruck einer abnormen Darmgärung angesehen wird, obwohl nach U.s Untersuchungen weder das Verhalten des Magens und Darmes noch der Effekt der Therapie dafür spricht. Als feststehend muſs U. ferner auf Grund zahlreicher Analysen annehmen, daſs die Neigung zu spontanen, akuten und chronischen Ekzemen zu Lichen, Pruritus cutaneus universalis, zu chronischen Urtikariaformen, zur Cutis graphica, weit häufiger der Ausdruck einer Intoxikation durch verringerte Oxydationsvorgänge im intermediären Stoffwechsel zu betrachten ist denn als der Ausdruck vermehrter Darmfäulnis. Es bedarf also, wenn man von spezifischen Infektionen absieht, in der Regel einer besonderen Disposition der Haut, damit auf dieser krankhafte Symptome ausgelöst werden. Dementsprechend sind alle hierher fallenden Exantheme in erster Linie als die Folgen einer krankhaften Disposition, einer individuellen Anlage, nicht aber als Folgen einer Autointoxikation anzusehen und zu behandeln. Das letztere geschieht durch radikale und dauernde Änderung der Lebensweise, Beschäftigung, Diät und Enthaltung von allen schädigenden Momenten. Es sind daher diese Dermatosen auch als Dispositionsanomalien der Haut zu bezeichnen. Eine zweite, viel kleinere Gruppe umfaſst die Autointoxikation infolge von Bildung von in normalen Stoffwechseln nicht vorkommenden toxischen Stoffen. Hierher gehören die Dermatosen bei Diabetes mellitus, bei Acetonurie, beim Vorhandensein von Gallenfarbstoffen und -säuren im Blute, ferner bei der Uraemie und Albuminurie. Auch hier spielt zweifellos die Disposition der Haut eine beträchtliche Rolle in der Entstehung der betreffenden Dermatosen. Ganz besonders gilt dies für die sogenannten albuminurischen Ekzeme und Erytheme und die dabei bald flüchtig, bald dauernd auftretenden Urtikariaeruptionen; ob es sich hier nur um die Retention von Harnstoff oder auch noch um die Retention anderer toxisch wirkender Stoffe infolge Funktionsbehinderung der Niere handelt, ist eine völlig offene Frage. Auffallend ist, daſs der Urin häufig nur geringe Spuren von Albumen, die Haut jedoch exquisite Reizerscheinungen darbietet. In einem Teil dieser Fälle fand U. spurenweise Zucker, reichlich Oxalsäure, in einem anderen beträchtliche Vermehrung des Indikans. Daſs ferner der Morbus Basedowii, das Myxödem, der Morbus Addisonii, die Chloasmata, Vitiligines, die Sklerodermie und vielleicht noch andere rätselhafte Dermatosen den Funktionsstörungen der betreffenden Organe ihre Ursache verdanken, ist höchst wahrscheinlich. Hier kann ja selbstverständlich vorläufig von einem Nachweis der betreffenden toxischen Stoffe im Harn und Blute überhaupt nicht die Rede sein; welcher Art hier die toxischen Stoffe sind, liegt noch völlig im Dunkeln. Gerade aber diese Gruppe von Dermatosen verdient am ehesten den Namen von Autointoxikationserkrankungen, da hier jede Infektion auch solche mit ubiquitären Bakterien als Krankheitsursache ausgeschlossen erscheint, die Autoinfektionsprozesse aber aus dem engeren Begriffe der Autointoxikation zu eliminieren sind. Und gerade auch hier wird man wieder zugeben müssen, daſs die wirksamen schädlichen Stoffe, seien sie durch toxische Sekretionen oder mangelnde Entgiftung der normalen Stoffwechselprodukte erzeugt, im Grunde genommen doch meist nur infolge einer angeborenen oder erworbenen individuellen Disposition zu bleibenden Organerkrankungen resp. zur vorübergehenden Funktionsstörung der betreffenden drüsigen Organe gebildet wurden. Von diesem Gesichts-

punkte aus paſst nach U. der Name „trophische Hautstörungen“ besser als die Bezeichnung „Autointoxikationen ohne — wenigstens nachweisbare — Gifte“.

Zum Schluſs macht U. den Vorschlag, um dem bisherigen, oft geradezu planlosen Forschen in dieser Beziehung ein Ende zu machen, daſs zunächst durch eine spezielle Enquete von Forschern verschiedenster Richtung und aus den verschiedensten Disziplinen der Medizin das bisher zum Begriffe Autointoxikation Erbrachte zusammengefaſst und kritisch verwertet werde, weiterhin, daſs unter allen Umständen die betreffenden Krankheitsfälle zu beobachten und mit welcher Methode in klinischer und semiologischer Beziehung sie zu untersuchen seien, um verwertbare und vergleichbare Tatsachen zu finden. *Putsler-Danzig.*

Über einen Fall von Staphylohämie (mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem), von J. Biland - Königsberg i. P. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1905. Nr. 29.) Ein 21jähriger, bis dahin gesunder Mensch, erkrankte plötzlich unter Fiebererscheinungen mit Schmerzen in der rechten Schultergegend nebst Schwellung (Osteomyelitis des Akromion mit subdeltoidalem Abscefs). Wenige Tage darauf stellte sich eine Bursitis suprapatellaris sinistra, einen Tag darauf eine leichte Urethritis ein, die sich durch Brennen in der Harnröhre äuſserte. Wieder einen Tag später Auftreten von knotenartigen Herden am linken Fuſsrücken und Unterschenkel, dann auch an der rechten unteren Extremität und einer linksseitigen Epididymitis. Beim Eintritt ins Spital leichte Schmerzen und leichte Verdickung an der Verbindung der fünften und sechsten knöchernen mit den knorpeligen Rippen links. Die bakteriologische Untersuchung ergab überall Reinkulturen von Staphylococcus aureus, und zwar entweder nur kulturell oder mikroskopisch und kulturell. Dieser Befund wurde erhoben im Blut, im Urethralsekret, im Schulterabscefs, in der Epididymis, in dem exzidierten Hautknoten und in den kleinen Hautpusteln. B. glaubt, daſs die Staphylokokken-Urethritis nicht von auſsen, sondern von innen bedingt gewesen ist, indem die Staphylokokken auf dem Blutwege in die Urethralwand oder in die Epididymis gelangt sind und von dieser aus in die Urethra oder in die Prostata und von dieser aus in die Urethra einer- und die Epididymis andrerseits. Oder endlich die Harnröhrenschleimhaut ist durch im Urin ausgeschiedene Staphylokokken infiziert worden und von dieser Urethritis ist auf gewöhnlichem Wege die Epididymis erkrankt. Mit Ausnahme des Abscesses an der Schulter, dem eine Osteomyelitis des Akromion zugrunde lag, gingen sämtliche Staphylokokkenmetastasen spontan und in kurzer Zeit zurück. Die Therapie bestand in Ruhe, Diät, reichlicher Wasserzufuhr, intravenösen Sublimatinjektionen, in der Darreichung von Natrium salicylicum und Narkoticis, sowie in der gründlichen Eröffnung des Schulterabscesses.

Putsler-Danzig.

Die Störungen der Hautsensibilität beim Milztumor und bei den Milzaffektionen im allgemeinen, von Signorelli. (*Rif. med.* 1905. Nr. 31.) Der Verfasser hat bei der Mehrzahl der Fälle von Milztumor (akuter und chronischer) eine reflektorische Hyperalgesie in der Höhe des fünften Interkostalraumes auf der linken Brustwarze konstatiert (punctum splenicum); seltener findet sich dieser Punkt etwas tiefer oder nach hinten gelegen. Neben dieser vorderen Zone findet man hier und da auch eine hintere in der Höhe des fünften, sechsten, siebenten oder achten Dornfortsatzes, seltener seitwärts im sechsten oder siebenten Interkostalraum in der mittleren Axillarlinie. Alle diese Zonen zusammengenommen bilden das sechste metamere Segment von Head. Das hyperalgetische Gebiet erstreckt sich zuweilen auf die rechte Seite (Diffusionszone). Der Verfasser meint, daſs die genannten Sensibilitätsstörungen wertvolle diagnostische Hilfsmittel bei Milzkrankheiten bilden. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Indikanausscheidung durch die Haut, von Edgar Gans - Karlsbad. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 22.) Das Indikan, welches zu einer grofsen Anzahl wichtiger Erkrankungen in Beziehungen steht, kommt nicht nur im Harne, sondern auch im Schweifse vor, und zwar unter Umständen in recht beträchtlichen pathologischen Mengen. Das beobachteten schon Bizio, Hofmann, Jules Axmann. Einen neueren Fall bringt Gans. Es handelt sich um eine 35jährige Frau, die über Obstipation, Meteorismus, leichte Schwindelanfälle, Müdigkeit und Unmöglichkeit, den Harn zurückzuhalten, klagt. Im Hemde fanden sich zahlreiche blaue Flecke, die allmählich an Menge abnahmen, aber doch noch tagelang trotz täglichen Wäschewechsels von neuem beobachtet wurden. Im Harn fand sich 0,026 p. M. Indikan. Die Flecke in der Wäsche sind Indigo oder ein ganz analoger physiologischer Farbstoff, der die mikroskopischen und spektroskopischen Eigenschaften des Indigo hat. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine Mischung sämtlicher, bisher bei Chromhidrosis beobachteter ätiologischer Momente: Eiweifszerfall durch bakteriologische Vorgänge im Darm bei Obstipation, Zellverfall bei der Menstruation und Stoffwechselstörung durch nervöse Einflüsse. Ob Indikan im Hautsekret wirklich so selten ist, läfst sich nicht entscheiden, da die Untersuchungen auf Indikan im Schweifse noch sehr spärlich sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Lokalisationspunkte bei Krebs, Leukodermie und Sklerodermie, von G. L. Cheatle - London. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1905.) An einer gröfseren Reihe von Abbildungen demonstriert C. seine Beobachtung, dafs die sogen. Maximalpunkte von Head, diejenigen Stellen, wo die Nervenäste aus der Tiefe hervortretend als Hautäste zu bezeichnen sind, eine grofse Rolle spielen in der Lokalisierung verschiedener Läsionen. Dies hat er zutreffend gefunden bei Ulcus rodens am Gesicht sowohl wie am Rumpfe, bei Leukodermie und Sklerodermie, und er glaubt, dafs auch die Lokalisierung dieser Leiden durch Nerveneinflüsse bedingt werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Wechselbeziehungen zwischen Nase und Geschlechtsapparat, von B. Reko-Chicago. (*New York med. Monatsschr.* 1905. Nr. 3.) Nach Zusammenstellung der einschlägigen Literatur bespricht Verfasser die älteren Arbeiten von Fliess, Semon und Kalischer und geht dann näher auf die neuesten Arbeiten von Trautmann und Freund ein. Zu einem kurzen Referate nicht geeignet, zumal die Arbeit sich mehr auf dem Gebiete der Rhinologie und Gynäkologie bewegt.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Beiträge zur Onychopathologie, von G. Nobl-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1905. Nr. 27.) Die Kenntnis der Nagelerkrankungen ist in neuerer Zeit um so mehr von Bedeutung geworden, als sich täglich neue Übergänge auffinden lassen, welche die organische Zugehörigkeit der Nagelprozesse zu den Alterationsformen des Gesamtorganismus erhärten. Am meisten korrespondieren die Erkrankungen der Nägel mit den variablen Formen der universellen Dermatosen, zu welchen sie meistens im Verhältnis von Teilerscheinungen stehen. Aber auch, wenn sonstige Merkmale des Gesamtleidens fehlen, haben sich die gekennzeichneten Charaktere feststellen lassen, welche die selbständige, vom Vergleiche mit den hinweisenden Hautveränderungen unabhängige Diagnose der Nagelstörungen ermöglichen. Es sei hier nur erinnert an die Differentialdiagnose zwischen Panaritien und luetischen Initialaffekten. Die gleichen Chancen einer richtigen Beurteilung sind an die Hand gegeben bei der durch den Grubyschen Pilz bedingten Onychomykosis trichophytina, beim Favus durch den Nachweis des Achorion und endlich bei der Pityriasis versicolor, bei welcher es Campana gelang, in der brüchigen Substanz matter, schilfernder, von weifsen Flecken durchsetzter Nagelplatten das Mikrosporon hierfür nachzuweisen. In

die gleiche Kategorie dürfte der Nagelparasit Dreuws gehören, den derselbe bei einem eigenartigen Nagelprozeſs eines Mannes nachwies, der viel mit faulendem Stroh zu hantieren hatte, das er mit den Fingernägeln von Flaschen abkratzte. Weit häufiger beobachtet werden jene Nagelerkrankungen, welche das Symptomenbild des Ekzems, der Psoriasis, gewisser desquamativer Hautentzündungen und Allgemeinerkrankungen bereichern. Beim Ekzem handelt es sich um eine Reihe von graduell verschiedenen Typen, die in Rötung, Schwellung, subjektiver Empfindlichkeit der Nagelwälle, seröser Exsudation des Nagelbettes, Verfärbung, Lockerung und Konsistenzveränderung, wie Brüchigkeit, Deformation der Nagelplatte, bestehen und mitunter zu bleibendem Verluste einzelner Platten und zu Schrumpfungsvorgängen in der Matrix führen. Ebenso genau bekannt sind die Läsionsarten der Nägel bei Psoriasis. Die der Nagelpsoriasis zukommende, gestichelte und grubig ausgehöhlte Oberflächenbeschaffenheit der matten, wie bestaubt aussehenden, von stecknadelkopf- bis hanfkorngroſsen Erweichungsherden eingenommenen, oft muschelförmig ausbrechenden, bald rarefizierten, bald hyperplastisch gewucherten Nagelplatten geben ein durchaus prägnantes Bild. Schwierigkeiten in der Diagnose entstehen hier nur, wenn die gelegentlich primär auftauchende Psoriasis unguium in der diskreten Form der Psoriasis punctata in Erscheinung tritt oder nebst dem Nagelprozeſs nur eine sehr spärliche, auf singuläre Stellen lokalisierte Aussaat der Psoriasiseffloreszenzen vorhanden ist, wie N. sie bei einem 71jährigen Manne beobachtete, bei welchem die wurmstichige Nagelbeschaffenheit gleichzeitig mit spärlichen, kreuzergroſsen, schwach schuppenden Psoriasisplaques der Kopfhaut und Brust einherging. Unter den Nagelerkrankungen, welche desquamative Hauterkrankungen begleiten, ist die postscarlatinöse Querfurchenbildung neuerdings wieder im Lichte eines pathognostischen, retrospektiven Merkmals gewürdigt worden; das Phänomen setzt vier bis fünf Wochen nach Beginn des Scharlachs als an der Wurzel der Fingernägel querverlaufende, lineare Furche ein, die in vereinzelten Fällen auch durch einen zarten Nagelfirst ersetzt wird. Ferner ist gewissen Veränderungen des Nagelgliedes und der Nagelplatten insofern eine symptomatische Bedeutung zuzusprechen, als dieselben als Folgezustände von konstitutionellen Erkrankungen die geweblichen Wirkungsäuſserungen ergänzen. Hierher gehören die Nagelerkrankungen bei Lungenphthise, bei Herzkrankheiten infolge von venösen Stauungen, beim Verschluſs groſser Gefäſse; ebenso bekannt sind die tiefgreifenden Läsionsformen bei Diabetes, Malaria, Skorbut, Rheumatismus. Hand in Hand mit den neuropathologischen Kenntnissen mehren sich die Daten, welche in exquisiter Weise die trophoneurotische Beeinflussung des Wachstums, der Form und strukturellen Beschaffenheit der Nägel bei einer Reihe von Hirn-, Rückenmarks- und Nervenkrankheiten erhärten; hierher gehören die Entwicklungsstörungen bei Verletzung peripherer Nerven, die Nagelläsionen bei der Morvanschen und Raynaudschen Krankheit, bei Tabes, Syringomyelie, Paralyse usw. Manchmal tritt hier der Nagelprozeſs dominierend in den Vordergrund, wie dies der Josephsche Fall von Onychonekrosis bezeugt. Das bei einem 50jährigen Arzte nach Kongestionsattacken der Vorderarme auftretende gangränöse Absterben aller Nägel war als eine selbständig entwickelte Teilerscheinung der Raynaudschen Krankheit aufzufassen. Es bleibt also auſser diesen Erkrankungen noch eine ansehnliche Gruppe übrig, bei welcher die meist erworbenen, gelegentlich auch kongenitalen Erkrankungen als idiopathisch aufzufassen sind. Hierher gehören die Verletzungen, die entzündlichen Läsionen, die subungualen Exostosen und Neoplasmen einhergehend mit einer Reihe von selbständigen, wohl charakterisierten, interessanten Prozessen, die noch der Aufklärung bedürfen. Hier sind auch alle die verschiedenen Deformitäten, Defekte und strukturelle Läsionen einzureihen, welche bald als Stapalonychie, Onychauxis, bald als Onychogryphosis

oder als Pterygium unguis bezeichnet werden. Aufser diesen Fällen sind allmählich auch Symptomenbilder an die Schwelle der Kenntnis gelangt, die bei der Wiederkehr gewisser, charakteristischer Merkmale eine Sonderung in einzelne Typen gestatten, immerhin aber noch weiterer Beobachtung bedürfen, um ihre Eigenart erhärten zu machen. Zum Schlusse teilt Verfasser eine Reihe von Eigenbeobachtungen mit, welche nicht nur die morphologischen Eigenheiten der selteneren idiopathischen Nägelerkrankungen illustrieren, sondern auch die Möglichkeit eines familiären resp. hereditären Auftretens bezeugen. Es handelt sich um einen Fall von Koilonychie bei einer 40jährigen Wäscherin; die Ursache der Erkrankung in einer Trophoneurose zu suchen, kann Verfasser sich nicht entschliefsen, da bei der betreffenden Patientin sowohl in den entzündlichen Reizerscheinungen des Nagelfalzes wie auch in der Berufsart genügend Anhaltspunkte liegen, dafs dem Leiden ein chronischer, sich an den Keimstätten der Nägel abspielender Inflammationsprozefs zugrunde liegen müsse, wobei noch mazerierende, die Quellung und Auflockerung der Nagelsubstanz unterstützende Agentien eine Rolle spielen. Im Anschlufs hieran schildert N. die kombinierte Form einer hereditären und familiären Dystrophie der Nägel, welche sich schwer in einheitlichen Sammelbegriff subsummieren läfst und welches N. als Onycholysis foliacea bezeichnen möchte. Die Erkrankung wurde in zwei Generationen einer Familie bei vier Personen beobachtet, und die seit frühester Jugend bestehende Neigung der in allen Fällen äufserst dünnen, flach über das Bett streichenden, spröden, träge wachsenden Nagelplatten, parallel zu den Längsleisten einzureifsen und sich in dicht rhagadierte Flächen umzuwandeln, war bei einem 55jährigen Manne, bei einem seiner erwachsenen Söhne und einem Brudersohne in auffälliger, alle Finger befallender Weise zu verzeichnen. Beim 19jährigen Sohne sind die Veränderungen in minder intensiver Weise angedeutet. Die starke Riffelung tritt auch hier in den Vordergrund, wird aber weniger von Rupturen der Leisten begleitet, als vielmehr von einer dichtesten Durchsetzung mit stecknadelkopf- bis hanfkorngrofsen, lang gestellter, schiefsschartenähnlichen Erosionen und tiefgrubigen Aushöhlungen und Exkavationen. Beim 30jährigen Neffen fand sich aufserdem noch eine besondere Fragilität der freien Nagelsäume, die zu zackigen Defekten der Ränder führte und die gespaltenen Längsleisten in verschiedenen Ebenen zur Absetzung brachte. Ferner sind die Fingerbeeren wulstförmig in die Höhe gedrängt und von einer mächtig gewucherten präungualen Hornschicht überdeckt. Dieses Krankheitsbild von, Dubreuilh und Frèche als besondere Form der Onychatrophie bezeichnet, kann gelegentlich auch im Verlaufe von Lichen planus, Alopecia areata, Ekzem, Lepra auftreten. Ein bisher noch nicht verzeichnetes Verhalten weisen die Nägel der 24jährigen Tochter auf. Die Fingerspitzen werden von quadratisch geformten, matten, völlig planen, in einem zerklüfteten, rissigen, vielfach ausgefransten Falz eingelassenen Nagelplatten gekrönt, die als äufserst dünne Schilder das Bett überkleiden. Am auffälligsten ist die von Zeit zu Zeit auftretende, in den Intensitätsgraden schwankende, lamellöse Abblätterung der Nägel, die meist an dem gequollenen, aufgelockerten und fächerförmig der Fläche nach eingerissenen Säumen beginnend bis zum unbedeckten Wurzelabschnitt reicht. Da die exfoliierenden Hornbänder in verschiedenen Strecken zwischen Wall und Nagelsaum losreifsen oder entfernt werden, so weist die Nageloberfläche eine eigenartige, verschieden begrenzte, meist terrassenförmige und muschelähnliche Konfiguration auf. Mit Ausnahme des Daumens sind alle Endphalangen betroffen, wobei die plattenförmige Abschilferung der Nägel von einer kolbigen Vorwölbung des Wurzelinteguments, Rhagadierung des verdickten Eponychiums sowie einer mäfsigen, subungualen Hyperkeratose begleitet wird; dazu hat sich Onychophagie herausgebildet. Der Ursprung derartiger Erkrankungen ist wohl stets auf Ver-

hornungs- und Schichtungsanomalien zurückzuführen, welche von den polyedrischen Zellkomplexen des Matrixepithels ausgehen. Von besonderem differentialdiagnostischem Interesse ist eine weitere idiopathische, auf den Nagelwall beschränkte Erkrankungsform, die sich als warzige Wucherung der häutigen Umgrenzung der Nagelplatten äufsert und als Paronychia verrucosa gedeutet werden kann. Ihre Kenntnis ist deshalb wichtig, weil sie die gröfste Ähnlichkeit mit dem häufig an gleicher Stelle lokalisierten Lupus verrucosus haben kann. Die Therapie besteht in einer Exzision der Neubildung samt dem Wall und der angrenzenden Phalangealhaut.

Putzler-Dansig.

Über Nagelveränderungen nach akuten Krankheiten, von Egee-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 20.) Von verschiedenen Autoren, so auch von Heller, wurde auf die Veränderungen der Nägel nach akuten und besonders Infektionskrankheiten, Typhus, gastrischen Erscheinungen, Pneumonie, Masern, Scharlach, Erysipel hingewiesen. So sah auch E. in letzter Zeit bei drei Fällen von gastrischen Erkrankungen solche Nagelveränderungen. Es handelt sich um eine Ernährungsstörung, die bei den verschiedensten Infektionskrankheiten auftreten kann und meist mit Absterben von Nagelsubstanz einhergeht. Im milderen Grade schiebt sich die abgestorbene Substanz ohne Niveauänderung der Nagelplatte langsam nach vorn, bei intensiverer Erkrankung scheidet sich die abgestorbene Partie durch eine Furche von dem von hinten vordringenden jungen Nagel, und der hohe Wall dürfte sich wohl durch reaktive Zellwucherung im Nagelbett erklären, die berufen ist, den abgestorbenen Nagel zu eliminieren. Da die Sache wenig Beschwerden macht, so wird das Leiden nur selten dem Arzte gezeigt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kenntnis der Duodenalstenose, von Carl Meyer-Heerse. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Bei der Besprechung der Ätiologie der Darmgeschwüre hebt Verfasser hervor, dafs man nicht selten nach ausgedehnten Verbrennungen der Haut eine schnelle Entwicklung von Darmgeschwüren beobachtete. Dieselben haben dabei fast ausnahmslos ihren Sitz im Duodenum und werden vielleicht durch Thromben oder Gefäfsverstopfung hervorgerufen. Diese Geschwüre, die bei Weibern häufiger vorkommen sollen als bei Männern, entstehen gewöhnlich am 7. bis 14. Tage nach der Verbrennung.

Aufser nach Verbrennung hat man auch nach Erfrierung, Erysipel und Pemphigus Darmgeschwüre auftreten sehen. *Fritz Loeb-München.*

Über subunguale Sarkome, von Johs. Roth. (Inaug.-Dissert. Rostock 1903.) Die sehr lesenswerte Arbeit eignet sich nicht zu einem eingehenden Referat. Es soll hier nur über die Differentialdiagnose der **Onychia maligna, Onychia tuberculosa und syphilitica** berichtet werden:

Die **Onychia maligna** ist eine eminent chronische Erkrankung des Nagelorgans, die sich meist bei Kindern spontan oder nach Traumen gewöhnlich nur an einem Finger entwickelt, nachdem eine Zeitlang Schmerzen an dem sonst normalen Finger vorausgegangen. Das erste, was man wahrnimmt, ist eine leichte Entzündung am Nagelbett, die aber nicht abheilt, sondern unter Zunahme der Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit des ganzen Nagelgliedes zu Geschwürbildung unter und um den Nagel führt, der über kurz oder lang unter Eiterung abgestofsen wird. Das so entstandene Ulcus, das über das Nagelbett hinaus sich nicht ausbreitet, sieht häufig grauschwarz punktiert aus. Die schwammigen Granulationen sind charakterisiert durch exzessive Empfindlichkeit und Neigung zu Blutungen. Die Ränder sind scharf, speckig belegt und durch eine weinrote Zone von der gesunden Haut abgegrenzt. Heute ist die Onychia maligna selbst in Kliniken mit sehr grofsem Krankenmaterial kaum bekannt. Dafs sie früher soviel häufiger war, liegt sicher daran, dafs diese

Erkrankung mit **Onychia tuberculosa** (E. v. Meyer) und **syphilitica** zusammengeworfen wurde. Differentialdiagnostisch kommt hinsichtlich der Tuberkulose wohl nur der Nachweis von Tuberkelbazillen in Betracht. In einem Falle konnte Eduard v. Meyer bei einem siebenjährigen Knaben in dem rezidivierten Ulcus an der vierten rechten Zehe und den vereiterten Inguinaldrüsen tuberkulöses Gewebe und Tuberkelbazillen nachweisen. Diese tuberkulöse Onychia sieht man gleichfalls zumeist nur bei Kindern. Überdies sind die Drüsenschwellungen nicht hart, sondern weich. Täuschend ähnlich kann auch die **syphilitische Onychia** verlaufen. Ebenso hartnäckig aller Therapie trotzend. Sie findet sich häufiger bei Erwachsenen. Charakteristisch ist das multiple Auftreten, häufiger an den Fingern als den Zehen. Nicht selten finden sich zugleich interdigitale papulöse Ulcerationen, die sofort die Situation klären. Keineswegs tritt diese ulceröse syphilitische Onychie, die häufigste und praktisch wichtigste Form der Nagelsyphilis nur bei allgemeinem, pustulösem Syphilid auf.

Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Über Unfälle durch den elektrischen Starkstrom, von Herbert Wendriner-Breslau. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Bis in die jüngste Zeit sind anatomische Veränderungen innerer Organe bei Blitzgetöteten und durch elektrischen Strom Verunglückten niemals festgestellt worden. Die Wirkungen der elektrischen Gewalt auf das Integument sind von Alters her bekannt und eine Quelle lebhafter Erörterungen. Die sogenannten Blitzfiguren sollen dadurch entstehen, dafs der Blitz, den Gefäfsen folgend, diese baumartigen Zeichnungen hervorruft (Stricker und Langerhans). Dieser Behauptung widerspricht Rindfleisch, weil die Täler an der Bauchhaut ganz intakt bleiben. Die Durchkreuzung der Blitzfigur durch die venösen Gefäfse, die die Haberda feststellen konnte, bekräftigt dies. Die v. Hofmannsche Erklärung, dafs es sich um leichteste Kontusionen oder Verbrennungen der Haut handle, erscheint plausibel. Jellinek sieht wie v. Leyden die Blitzfiguren als ein durch vorübergehende Vasoparalyse hervorgerufenes leichtes Erythem an. Aufser diesen Blitzfiguren sind es Verbrennungen ersten bis dritten Grades, die an den Ein- und Austrittsstellen des Blitzes auftreten, sowie schufsartige Durchlöcherungen der Haut, beides Erscheinungen, die auch von hochgespannten technischen Strömen verursacht werden. Besonders interessant ist in dieser Beziehung ein von Friedinger mitgeteilter Fall, bei dem der Strom an den den Draht (4 A., 2000 V.) umklammernden Fingern der rechten Hand eingetreten war und an nicht weniger als acht dem Boden aufliegenden Stellen, die alle drei Grade der Verbrennung zeigten, den Körper verlassen hatte. Ähnliche Verbrennungen werden von v. Leyden, Beck, Seydel, Hackel, Cramer, Smurthwait, Jellinek u. a. berichtet.

Von Jellinek wurden ferner scharfrandige, wie von einem glühenden Messer erzeugte, oft Dezimeter lange Hautdurchtrennungen wahrgenommen, die durch festes Aufliegen des stromführenden Drahtes (oder dergleichen) verursacht waren und in ihrer Umgebung eine auffällige, bisher unerklärte Starrheit des Gewebes zeigten. Die schrotschufsähnlichen hirse- bis linsengrofsen Flecke, die von Friedinger, Ewald, Winiwarter erwähnt werden, erwiesen sich als scharf umschriebene Sugillationen der Cutis. Auch akute Ödeme der Haut sind hierher zu zählen, die von Haberda als lokale Gefäfsparalysen, von Riehl als durch einen spezifischen Reizvorgang der Gefäfsendothelien verursachten Serumaustritt, aufgefafst werden.

Fritz Loeb-München.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten, von E. von Düring-Kiel. Leipzig 1905. Johann Ambrosius Barth.) Ein Vortrag von 48 Seiten und als 5. Heft in die Reihe der Flugschriften der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aufgenommen. v. Düring richtet sich hauptsächlich gegen die Absichten, die Prostitution noch weiter kasernieren zu wollen und gegen die Anschauung, als sei die Prostitution bei jeder Frauensperson ein Zeichen der Degeneration; er entwickelt die vielen Möglichkeiten, die von aufsen, mit Zufall und mit der Umgebung zur Gelegenheit und zur Verführung führen, er wendet sich gegen die Phrasen von Unzucht und andere christlich-soziale Redensarten, er warnt die Mädchen vor Unterbietung der Arbeitslöhne und wendet sich namentlich gegen Ströhmberg, um dessen gekünstelte Ideen zu widerlegen. v. Düring war lange in Kleinasien und in der Türkei und sah gerade seitens der türkischen Polizei die schärfste Vigilanz anwenden, ohne dafs sie die geheime Prostitution irgendwie einschränken konnte. Was nützen in Bremen einige wenige Häuser zur Kasernierung der Dirnen, wie wenig kann man gerade in den Bordells auf Militär, Seeleute usw. einwirken, da es doch dort zu teuer für dies Kontingent ist! Wie aber wird das Denunziantentum grofs gezogen und was wird gerade dem unschuldigen oder wenigstens harmlosen Mädchen für eine Höhle offengehalten! Frankreich will die zwangsweise Einschreibung abschaffen und wir haben sie uns angeeignet, gar nicht in den Rahmen des Strafgesetzbuches passend, und wir sollten sie nun noch als unberechtigt weiterführen wollen. Unter dem Kapitel „Vorschläge zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" bespricht v. Düring die sozialen Mafsregeln zur Eindämmung der Prostitution, die freie Behandlung, Krankenkassen-, Poliklinikon-Angelegenheiten, bezweifelt die Durchführbarkeit der Vorschläge seitens der Sanitätskommissionen; er will ferner die Venerologie mehr beachtet wissen im Lehrplane der Universitäten, ebenso die Belehrung mehr anerkannt und richtig verstanden und gewürdigt wissen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Beeinträchtigung der Geburts- und Bevölkerungsziffer durch Syphilis und Blennorrhoe, von Henry D. Holton-Brattleboro. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 11. März 1905.) Um einen Überblick über die Zahl der Geschlechtskranken in Nordamerika zu erhalten und Anhaltspunkte zu gewinnen für eine Berechnung des sozialen und finanziellen Schadens, den die Geschlechtskrankheiten verursachen, hat auf Veranlassung der Staats- und Provinzialgesundheitsbehörden von Nordamerika ein aus drei Mitgliedern bestehendes Komitee ein Rundschreiben sämtlichen Ärzten des Landes zugehen lassen. In diesem Rundschreiben werden die Ärzte aufgefordert, die Behörden in ihrer Absicht zu unterstützen durch jährliche Ausfüllung und Einsendung eines Fragebogens, der über die Zahl der während des Jahres behandelten Fälle von Syphilis und Tripper, deren Alter, Geschlecht, Familienstand, über die Zahl der Kinder sowie die Dauer der Krankheit Auskunft geben soll. Gleichzeitig wurde den Ärzten ein Flugblatt zur Verteilung an die Kranken zur Verfügung gestellt, das auf die Gefahren aufmerksam macht, welche die Geschlechtsleiden für den einzelnen und für die Gesamtheit im Gefolge haben können, und in Kürze Verhaltungsmafsregeln gibt, um die Krankheit baldigst zu heilen und eine Übertragung auf andere zu verhüten.

A. Loewald-Colmar.

Druckfehlerberichtigung. S. 471, Zeile 13 von unten, lies statt „abstinenten" „abstinentesten".

S. 472, Zeile 6 von oben, lies statt: „Verfasser hält . . . . . für gerechtfertigt" „Verfasser hält . . . . . nicht für gerechtfertigt".

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 11. 1. Dezember 1905.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Über saure Kerne in der normalen Haut.

Von

Hermann Hensel,
Assistenzarzt.

Die erste Veröffentlichung über saure Kerne findet sich in der Arbeit „Zur Kenntnis der Kerne“ von P. G. Unna.[1] Nachdem Unna die bekannte Tatsache erwähnt hat, dafs das Karyoplasma sich tinktoriell indifferent oder wie eine Base verhält, während das Kernchromatin die Rolle einer starken Säure spielt, teilt er mit, dafs es von diesem allgemeinen Verhalten Ausnahmen, besonders auf pathologischem Gebiete, jedoch auch in normaler menschlicher Haut gibt:

„Es gibt normale und pathologische Kerne, welche einen stark sauren Kernsaft besitzen und welche sich daher als Ganzes ähnlich verhalten wie das Chromatingerüst der übrigen Kerne. Diese Kerne zeichnen sich vor den anderen noch durch ihre Gröfse und die besondere Feinheit ihres Chromatinnetzes aus.“

Zum ersten Male fielen Unna diese Kerne bei dem Studium der Tanninentfärbung von Schnitten auf, die mit polychromer Methylenblaulösung gefärbt waren. Hierbei zeichneten sich einzelne Kerne durch intensiv violette Färbung aus, während die in der Mehrzahl vorhandenen mehr oder weniger blau gefärbt waren. Da nun aber die reaktiven Unterschiede des Methylenblaus und Methylenvioletts der polychromen Lösung noch nicht genügend studiert waren, wandte Unna zwei Farben an, die ihrer Zusammensetzung nach genau bekannt waren und deren chemische Natur entgegengesetzt ist, das Wasserblau und das Safranin, das sich nach seiner Erfahrung in folgender Methode am besten zur Darstellung der sauren Kerne eignete:

„Die Schnitte kommen auf eine Minute in Wasserblau (1%ige Lösung), werden in Wasser abgespült, sodann fünf Minuten in wässeriger Safraninlösung (1%iger) nachgefärbt, wiederum in Wasser abgespült und, um die saure Gegenfarbe von neuem hervorzurufen, ½—1 Minute in sauren Alkohol (1% HCl) gebracht. Nach Abspülung in absolutem Alkohol führt man die Schnitte durch Öl in Kanadabalsam über.“

[1] *Monatshefte für praktische Dermatologie.* 1895. Band 20.

In derartig behandelten Schnitten von spitzen Condylomen waren die gewöhnlichen Kerne blau gefärbt, abgesehen von ihren Kernkörperchen, die vermöge ihrer stark sauren Beschaffenheit das basische Safranin festgehalten hatten. Daneben war aber eine Anzahl von Kernen sichtbar, die in ihrer Totalität rot gefärbt waren und das Safranin auch bei längerer Behandlung mit saurem Alkohol nicht mehr abgaben. Diese Kerne entsprachen den violett gefärbten Kernen in Schnitten, die nach der Methylenblau-Tanninmethode gefärbt waren, konnten also als saure Kerne angesprochen werden. UNNA fand diese Kerne besonders bei chronischer Entzündung, wie Lepra, Syphilis, bei Tuberkulose der Cutis und vor allen beim Condyloma accuminatum, bei welchem sie in grofser Anzahl und von den übrigen Kernen sehr deutlich sich abhebend vorkamen. Die sauren Kerne liefsen sich dann auch durch die Hämatein-Fuchsinmethode und auch durch die Gentiana-Alaun-Tanninmethode ebensogut nachweisen.

Da UNNA diese Kerne besonders bei pathologischen Prozessen, in normaler Haut dagegen nur in dem subcutanen Fettgewebe vereinzelt fand, nahm er an, dafs sie bei ganz normaler Entwicklung wohl nur ausnahmsweise vorkämen. Die sauren Kerne fanden sich in krankhaft veränderter Haut, speziell bei Epithelgeschwülsten, sowohl zwischen den jüngsten der Bindegewebsgrenze aufsitzenden Epithelien wie nach der Verhornungsgrenze zu, ihre saure Beschaffenheit war also von dem Alter der einzelnen Kerne durchaus unabhängig. Sie färbten sich in den jüngsten wie in den ältesten Schichten des Epithels gleich gut. Als weiteres Merkmal erwies sich auch, dafs die sauren Kerne meistens gröfser waren als die übrigen.

UNNA nahm an, dafs die saure Beschaffenheit des Chromatins sich bei dieser Kernart schon frühzeitig dem ganzen Karyoplasma mitgeteilt hat und, da aufserdem nie Mitosen zur Beobachtung kamen, welche sauren Kernsaft enthielten, sah er diese Kerne als steril an. Mit dieser Anschauung wohl vereinbar war es, dafs die sauren Kerne ausnahmsweise im Fettgewebe vorkamen, wo eine regressive Metamorphose des Protoplasmas statthat.

Um das Ergebnis dieser Untersuchung über saure Kerne einem gröfseren Leserkreise als dem fast nur aus Spezialisten für Dermatologie bestehenden der *„Monatshefte für praktische Dermatologie“* bekannt zu geben, publizierte UNNA noch eine Arbeit „Saure Kerne“.[2] Er weist auch in dieser Arbeit besonders darauf hin, dafs er nie Mitosen bei den sauren Kernen beobachtet hat, auch wenn sie, wie beim Condyloma accuminatum, reichlich von basischen Kernen, die in Mitose begriffen, umgeben waren. Folglich hielt er sich für berechtigt, diese Kerne für fortpflanzungsunfähig zu erklären. Dann aber kann man aus dem mehr oder weniger zahlreichen Vorkommen

[2] *D. M Z.* 42/95.

dieser Kerne auf die Reproduktionskraft des ganzen Gewebes einen Schluſs ziehen: „Die Potentia generandi der Zellen eines Gewebes steht in umgekehrtem Verhältnis zur Ausbildung saurer Kerne.“

Neuerdings mit der Untersuchung von Embryonen beschäftigt, fiel es jedoch UNNA auf, daſs auch hier, besonders in einigen Geweben, wie Knorpel und Haut, frühzeitig saure Kerne zwischen den übrigen auftraten. Ebenso gelang es ihm, jetzt auch in jugendlichen Häuten Erwachsener dieselben nachzuweisen, und es warf sich somit die Frage auf, ob den sauren Kernen nicht vielleicht eine viel gröſsere Verbreitung und Bedeutung zukommt, als UNNA auf Grund seiner ersten Untersuchungen angenommen hatte. Herr Dr. UNNA forderte mich demgemäſs auf, die Frage des Vorkommens der sauren Kerne in der normalen menschlichen Haut einer systematischen Untersuchung zu unterziehen, und zwar schien es von Interesse, sich darüber zu unterrichten, ob diese Kerne auch in normalen Häuten regelmäſsig vorkommen, ob etwa Alter oder Geschlecht einen Einfluſs darauf haben, in welchen Organen der Haut sie zahlreich vorkommen, und in welchen sie etwa gänzlich fehlen. Es schien mir hierbei am zweckmäſsigsten, nicht regellos das Material von allen möglichen Stellen des Körpers zu entnehmen, sondern in jedem einzelnen Falle Kopf- und Fuſshaut zu untersuchen, da diese beiden Regionen zusammengenommen alle charakteristischen Bestandteile der Haut enthalten. Um jedoch in jedem Fall Trugschlüsse zu vermeiden, die bei einseitigem Untersuchen von Kopf und Fuſs vielleicht sich einschleichen könnten, habe ich Kontrolluntersuchungen auch an Hautstücken ausgeführt, die anderen Körperregionen, wie Brust, Bauch, Rücken und Extremitäten, entnommen waren. Das Material, das ich meinen Untersuchungen zugrunde legte, stammt von 55 Leichen, und zwar stammt die Haut in 48 Fällen von Kopf und Fuſs, in den übrigen ist sie regellos verschiedenen Regionen des Körpers entnommen. Ich habe versucht, möglichst von allen Lebensaltern Material zu erlangen, da es, wie schon vorher angedeutet, von groſsem Interesse schien, ob das Lebensalter auf das Vorkommen der sauren Kerne Einfluſs hat. Es ist mir auch gelungen, das Material ziemlich gleichmäſsig auf alle Lebensalter zu verteilen, von Neugeborenen bis hinauf ins höchste Greisenalter. Die Haut war natürlich von diesen Leichen ganz normal.

Ich wende mich jetzt zu der Methode, mit welcher ich die sauren Kerne in der normalen Haut nachwies. Dieselbe verdanke ich ebenfalls einer kürzlich publizierten Arbeit von UNNA[3], in welcher er seine früheren Methoden daraufhin prüft, ob sie für den Nachweis der sauren Kerne in den normalen Geweben ebenso brauchbar seien wie bei den sauren Kernen der pathologischen Gewebe. Es stellte sich nun heraus, daſs dies durch-

[3] *Monatshefte für praktische Dermatologie.* 1905. Band 42.

aus nicht der Fall und daſs es speziell in der normalen Haut meistens viel schwieriger ist, die vorhandenen sauren Kerne durch eine gute Kontrastfärbung deutlich zu machen, als bei lupöser, lepröser Haut und Hautgeschwülsten. Die Gründe hierfür sind nach UNNA folgende:

Bei den bisher untersuchten pathologischen Geweben waren die sauren Kerne in ein Gewebe eingebettet, das eine ganz andere Farbenverwandtschaft besaſs als sie selbst, so daſs ihre Darstellung durch eine Kontrastfarbe auſserordentlich leicht gelang und sehr deutlich war. Diese ganz andersartige Umgebung wurde beim spitzen Kondylom von dem groſszelligen Deckepithel, bei der Lepra von den eingelagerten Bazillenmassen und beim Lupus von zahlreichen Epitheloidzellen gebildet; in der normalen Haut dagegen ist das Deckepithel ziemlich kleinzellig, auſserdem die stark saure Hornschicht gut entwickelt, so daſs bei Anwendung basischer Farben eine allgemeine Überfärbung eintritt, unter der die Deutlichkeit der sauren Kerne sehr leidet. Ebenso wichtig für ein späteres Gelingen der Färbung der sauren Kerne ist die Art der Fixierung des Gewebestückchens, in dem nämlich Metallsalze und Säuren das Präparat so alterieren, daſs die Hervorhebung der sauren Kerne durch Überfärbung oder Unterfärbung aller Kerne entweder vortrefflich gelingen oder auch andererseits gänzlich unmöglich werden kann.

Zwölf Methoden, von denen UNNA einige erst in dieser neuesten Arbeit veröffentlicht, waren zur Darstellung der sauren Kerne in pathologischen Geweben bis dahin gebraucht worden. Unter denselben waren für normale Haut vier geeignet. Von diesen gab die konstantesten und besten Resultate die allerdings etwas komplizierte Orcein-Gentiana + Alaun-Tanninmethode, in welcher die Verfärbung mit Orcein wesentlich zum Gelingen einer guten Färbung der sauren Kerne beitrug. Die Färbung ist folgenderweise auszuführen:

„Nachdem die Schnitte entcelloidiniert sind, kommen sie für zehn Minuten in nicht angesäuerte 1%ige Orceinlösung (GRÜBLER-Leipzig); hierauf werden sie in absolutem Alkohol ausgewaschen und in Wasser gebracht. Sodann kommen die Schnitte für zwei Minuten in Gentiana + Alaunlösung (GRÜBLER), werden in Wasser abgespült und dann in Tannin (Tannin 25 + Wasser 25 + Spiritus 50) ½ Stunde lang differenziert, wieder in Wasser abgespült, durch Alkohol und Öl in Balsam überführt."

Die Zeitangaben dieser Methode unterliegen natürlich geringen Modifikationen, doch innerhalb sehr enger Grenzen. Denn es ist natürlich, daſs nicht alle Schnitte, namentlich von verschiedenem Material, sich ganz gleich färben. Auch ist es von Wichtigkeit, ob in dem Präparat viele Haarbälge enthalten sind oder gar keine. So färbt sich die Kopfschwarte im allgemeinen schneller und stärker als die Fuſssohle wegen der zahlreichen stark tingiblen Wurzelscheiden; auch neigt dann das Kollagen der Umgebung leichter zur Überfärbung, so daſs man genötigt ist, die Zeiten der Färbung etwas abzukürzen, die Entfärbung dagegen länger dauern zu lassen.

Bei dieser Art der Färbung habe ich die sauren Kerne schön dunkelblau erhalten, manchmal mit einem leichten Ton von Violett, der mir namentlich im Fettgewebe aufgefallen ist, während die übrigen Kerne blafs erscheinen. Auch ich habe in Übereinstimmung mit den Angaben UNNAS in den vorher erwähnten Arbeiten über Untersuchungen saurer Kerne in pathologischen Geweben bei der Untersuchung der normalen Haut gefunden, dafs die säuren Kerne sehr oft gröfser sind als die übrigen. Die meisten von ihnen sind rund, doch habe ich auch öfters solche von ovaler oder sogar länglich-wurstförmiger Gestalt gefunden, namentlich in der Wand der Kapillaren. Besonders aufgefallen ist mir, dafs ich niemals bei saurem Kernsaft Mitosen gefunden habe. Allerdings mufs ich zugeben, dafs ich auch bei den übrigen Kernen in meinem Material nicht häufig Mitosen gesehen habe.

Im Epithel habe ich bei allen Leichen, deren Haut ich untersucht habe, stets saure Kerne gefunden, und zwar sowohl in den jüngsten, der Bindegewebsgrenze am nächsten liegenden Stachelzellen wie auch nach der Hornschicht zu, ja bisweilen lagen einzelne saure Kerne noch in der basalen Hornschicht. Neben den sauren Kernen waren die gewöhnlichen Kerne als schwachgefärbte Schatten, doch immerhin in ihren Konturen noch deutlich begrenzt, in meist sehr überwiegender Anzahl sichtbar. Die sauren Kerne waren regellos unter die anderen verstreut, so dafs ich oft einen sauren Kern und einen gewöhnlichen dicht nebeneinander gesehen habe; eine Anordnung der sauren und gewöhnlichen Kerne in Gruppen war also nirgends vorhanden. Allerdings schienen die jüngsten Epithelschichten einen besonders grofsen Reichtum an sauren Kernen aufzuweisen gegenüber den älteren, an die Hornschicht grenzenden. Ihr Vorkommen ist also demnach auch in der normalen Haut von dem Alter der sie umgebenden Kerne unabhängig. Der Einwand, dafs die sauren Kerne keine besondere Kernart seien, sondern dafs es sich dabei um die schon länger bekannten pyknotischen Kerne handeln könnte, die sich stets intensiver färben, scheint mir dadurch widerlegt, dafs die sauren Kerne meistens durch ihre besondere Gröfse, jene durch ihre besondere Kleinheit sich auszeichnen. Sie treten auch in manchen Schnitten in solchen Mengen auf, dafs sie zu überwiegen scheinen, was wohl auch gegen jene Annahme sprechen würde. Auf die Anzahl der sauren Kerne im Epithel scheint die Körperregion wenig Einfluſs zu haben, denn im allgemeinen habe ich gefunden, dafs bei Leichen, deren Kopfschwartenepithel von sauren Kernen wimmelte, auch das Epithel der Fufssohle zahlreiche aufwies. Ich habe jedoch auch einzelne Präparate erhalten, bei denen die Anzahl der im Epithel vorhandenen sauren Kerne bei Kopf und Fufs einen wesentlichen Unterschied erkennen liefs.

Weiterhin habe ich saure Kerne bei der Untersuchung der normalen

Haut stets in den Haarbälgen gefunden, und zwar gewöhnlich in sehr grofser Anzahl. Die meisten fanden sich dann in der Stachelschicht des Haarbalgs (äufsere Wurzelscheide), doch wies die Rinden- und Marksubstanz ebenfalls welche auf, wenn auch nur in geringerer Zahl. In vielen Schnitten war die Haarpapille getroffen, die ebenfalls in der Mehrzahl der Präparate einige saure Kerne enthielt. Einige Schnitte waren Schrägschnitte, in denen die Papille mit einem mehr oder weniger langen Teile des Haarbalges enthalten war. Hierbei zeigte sich, dafs in dem, dem Deckepithel am nächsten liegenden und in dem nach der Haarpapille zu gelegenen Teil des Haarbalges die Verbreitung der sauren Kerne eine ziemlich gleichmäfsige war, nicht etwa verschieden in den oberen und unteren Abschnitten des der Länge nach vom Schnitt getroffenen Haarbalges.

Auf einzelnen Schnitten ist neben dem Haarbalg eine oder mehrere der dazu gehörigen Talgdrüsen getroffen, und auch diese enthalten saure Kerne. Im Durchschnitt erhalten die Talgdrüsen der normalen Haut nicht besonders viele saure Kerne, und man findet sehr oft Talgdrüsen, die keinen einzigen aufzuweisen haben. Wenn jedoch eine Talgdrüse saure Kerne enthielt, so habe ich gerade hierbei die schönsten Bilder erhalten, denn in jeder der in Betracht kommenden Drüsen waren neben den sauren Kernen noch die gewöhnlichen enthalten, die mit ihrem blassen Karyoplasma einen besonders starken Kontrast bildeten, da hier die einzelnen Kerne ziemlich isoliert und durch verhältnismäfsig grofse Zwischenräume getrennt sind. Deshalb tritt eine besonders gute Differenzierung ein, und die Gefahr einer Überfärbung der Umgebung ist ausgeschaltet. Gerade bei diesen besonders klaren Bildern der Talgdrüsenkerne zeigte sich, dafs die sauren Kerne meistenteils gröfser waren als die übrigen, von etwaiger Schrumpfung und durch diesen Umstand herbeigeführter diffuser starker Färbung also keine Rede sein kann. In vielen Talgdrüsen war jedoch kein einziger saurer Kern enthalten, so dafs dieser Teil der normalen Haut nicht zu den Prädilektionsstellen für das Vorkommen saurer Kerne gelten kann.

Anders verhielt es sich mit den, wie bekannt, namentlich in der Fufssohle in grofser Zahl vorkommenden Knäueldrüsen. In sämtlichen von mir untersuchten Häuten waren in den Knäueldrüsen saure Kerne gefärbt, ja oftmals waren die Drüsen wie vollgestopft mit sauren Kernen, neben denen nur hier und da einige gewöhnliche Kerne mit blassem Karyoplasma und wenig gefärbtem Chromatingerüst sichtbar waren. In bezug auf das Vorkommen und die Anzahl der sauren Kerne in den Knäueldrüsen warf sich die Frage auf, ob etwa die eigentlichen Tubuli und die darauffolgenden Ausführungsgänge eine verschiedene Verteilung der sauren Kerne erkennen liefsen, oder ob beide Teile gleich viel enthielten. Nach meinen Präparaten bin ich zu der Überzeugung gelangt, dafs in dieser Beziehung kein Unter-

schied vorhanden ist. Sowohl im Epithel der Tubuli der Knäueldrüsen als auch in der Auskleidung der Drüsenausführungsgänge waren gewöhnlich reichlich saure Kerne enthalten, selbst in Präparaten, bei denen das Deckepithel und andere Abschnitte der Haut nur vereinzelte saure Kerne aufwiesen. Das ganz aufserordentlich zahlreiche Vorkommen der sauren Kerne in den Knäueldrüsen könnte beinahe zu der Annahme berechtigen, dafs die saure Beschaffenheit der Kerne in irgendeinem Zusammenhange mit der Funktion der Knäueldrüsen stände. Diese Drüsen scheinen mir nach den in meinen Präparaten gewonnenen Bildern als hauptsächlichste und sicherste Fundstelle für saure Kerne in der normalen Haut gelten zu müssen. Andererseits habe ich freilich in vereinzelten Präparaten auch Knäueldrüsen gesehen, die nur wenig saure Kerne enthielten, jedoch waren diese Schnitte nur in bedeutender Minderheit im Verhältnis zu den übrigen. Dieses waren eigentlich auch nur Schnitte von solcher Haut, die in ihren übrigen Bestandteilen, namentlich im Deckepithel, ebenfalls nur ganz vereinzelte saure Kerne aufwies.

Wie ich bereits vorher angedeutet habe, fiel es mir bei dieser Untersuchung der normalen Haut auf saure Kerne besonders auf, dafs ich dieselben auch in der Gefäfswand, wo ich sie gar nicht vermutet hatte, vorfand. Dieses erscheint deshalb so merkwürdig, weil man doch eigentlich annehmen müfste, dafs die saure Beschaffenheit dieser Kerne durch Bespülung mit dem basisch reagierenden Blute neutralisiert sein müfste, was aber nach den von mir gefundenen Resultaten nicht der Fall ist. Allerdings gehören die Gefäfse zu den Bestandteilen der normalen Haut, die im allgemeinen nur wenig saure Kerne enthalten; doch fanden sich dieselben am häufigsten gerade in kleinen Gefäfsen und in den Kapillaren, bei denen, wie ja bekannt, eine stärkere Diffusion stattfindet als bei den grofsen Gefäfsen. Hier waren die sauren Kerne dann meistens nicht rund, sondern oval bis wurstförmig, der geringen Dicke der Kapillarwand sich anpassend. Im Durchschnitt gehörten die Präparate mit sauren Kernen in den Gefäfswänden zur Minderheit. Es scheint jedoch die Menge der sauren Kerne hier in keiner Beziehung zu dem sonstigen Gehalt des Schnittes daran zu stehen. Manchmal waren im Deckepithel nur wenige saure Kerne sichtbar, während sie in den Gefäfswänden verhältnismäfsig zahlreich waren, oder es war umgekehrt der Fall, dafs das Epithel von sauren Kernen strotzte und die Gefäfse gänzlich frei davon waren.

Nachdem ich die Hauptbestandteile der Oberhaut und Lederhaut in ihrer Beziehung zum Gehalt an sauren Kernen besprochen habe, wende ich mich jetzt zu dem darauffolgenden Gewebe, dem subcutanen Fett.

Schon Unna war als ziemlich konstante Fundstätte für saure Kerne bei pathologisch veränderter Haut das subcutane Fettgewebe aufgefallen, und auch für die normale Haut kann ich bestätigen, dafs in den aller-

meisten Fällen saure Kerne darin enthalten sind, wenn auch in der Regel in geringen Mengen. Sie erscheinen im Fettgewebe manchmal besonders groſs und dabei nicht so dunkelblau wie in den übrigen Gewebeteilen, sondern mit einem etwas ins Rote spielenden Farbenton sich präsentierend. Als Nebenbefund bei meinen Untersuchungen will ich nicht unerwähnt lassen, daſs ich sehr oft sogenannte Lochkerne im subcutanen Fett antraf, auf die UNNA bereits öfters in seinen Arbeiten hingewiesen hat. Die Menge der sauren Kerne im Fett war stets eine ziemlich beschränkte, auch in Schnitten, die im Epithel, Haarbälgen und Knäueldrüsen einen sehr beträchtlichen Gehalt an sauren Kernen besaſsen.

In einigen wenigen Präparaten ist es mir zufällig gelungen, VATER-PACINIsche Körperchen im Schnitt zu treffen, und auch in diesen Gebilden fanden sich einzelne saure Kerne; doch glaube ich aus der geringen Anzahl der von diesen Nervenendigungen erhaltenen Bildern keine Schlüsse auf den allgemeinen Gehalt an sauren Kernen ziehen zu dürfen, was umfangreicheren speziellen Untersuchungen überlassen bleiben muſs.

Ich lasse nun die Tabelle der von mir untersuchten 55 Fälle folgen.

Vom Neugeborenen bis zum 10. Lebensjahre.

4. 6 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Wenig.
Knäueldrüsen: Mäſsig viele.
Fett: Keine.
Gefäſse: Keine.
Fuſshaut.
Epithel: Einzelne.
Gefäſse: Keine.

6. 1/2 Jahr alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Mäſsig viele.
Haarbälge: Viele.
Knäueldrüsen: Mäſsig viele.
Fuſshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Gefäſse: Einzelne.

55. 4 Monate alt, männlich.
Kontrolle.
Epithel: Einzelne.
Knäueldrüsen: Einzelne.
Fett: Einzelne.
Gefäſse: Keine.

54. 6 Wochen alt, weiblich.
Kontrolle.
Epithel: Mäſsig viele.
Knäueldrüsen: Mäſsig viele.
Fett: Einzele.
Gefäſse: Keine.

37. 1 1/4 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Sehr viele.
Talgdrüsen: Sehr viele.
Haarbälge: Sehr viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Viele.
Fuſshaut.
Epithel: Mäſsig viele.
Knäueldrüsen: Mäſsig viele.
Fett: Einzelne.
Gefäſse: Keine.

44. 15 Tage alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Wenig.
Haarbälge: Sehr wenig.
Talgdrüsen: Einzelne.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Einzelne.
Fuſshaut.
Epithel: Mäſsig viele.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Einzelne.

9. Totgeboren, männlich.
Fuſshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Sehr viele.
Gefäſse: Keine.

36. 1 Tag alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Haarbälge: Viele.
Talgdrüsen: Viele.
Fett: Viele.
Gefäſse: Keine.
Fuſshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Viele.
Gefäſse: Keine.

11. 2 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.

Haarbälge: Sehr viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Fett: Viele.
Fufshaut.
Epithel: Sehr viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Fett: Sehr viele.
Gefäfse: Einzelne.

15. ½ Jahr alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Haarbälge: Viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Talgdrüsen: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Wenig.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Keine.
Gefäfse: Keine.

16. 4 Monate alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Haarbälge: Wenig.
Knäueldrüsen: Viele.
Talgdrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Wenig.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.

20. 14 Monate alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Sehr viele.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Keine.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Wenig.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Keine.
Gefäfse: Keine.

Vom 11. bis zum 20. Lebensjahre.

7. 12 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Haarbälge: Sehr wenig.
Talgdrüsen: Keine.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Fett: Einzelne.

10. 22 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Haarbälge: Mäfsig viele.
Talgdrüsen: Keine.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.

26. 13 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Sehr wenig.
Haarbälge: Mäfsig viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Einzelne.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Keine.
Gefäfse: Keine.

23. 16 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Haarbälge: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Talgdrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.

34. 20 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Sehr viele.
Haarbälge: Sehr viele.
Talgdrüsen: Sehr viele.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Sehr viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.

Vom 21. bis zum 30. Lebensjahre.

14. 30 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Haarbälge: Viele.
Knäueldrüsen: Wenig.
Talgdrüsen: Einzelne.
Fett: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Sehr viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.

50. 24 Jahre alt, weiblich.
Kontrolle.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Keine.
Gefäfse: Mäfsig viele.

51. 28 Jahre alt, männlich.
Kontrolle.
Epithel: Einzelne.
Knäueldrüsen: Einzelne.

8. 28 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Harbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Einzelne.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Keine.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Einzelne.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Keine.
Gefäfse: Einzelne.

28. 27 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Wenig.
Gefäfse: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Einzelne.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Viele.
Gefäfse: Einzelne.

48. 28 Jahre alt, weiblich.
Kontrolle.
Epithel: Sehr viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Knäueldrüsen: Viele.
Haarbälge: Sehr viele.
Gefäfse: Viele.

42. 30 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Wenig.
Knäueldrüsen: Wenig.
Talgdrüsen: Einzelne.
Fett: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Einzelne.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.

Vom 31. bis zum 40. Lebensjahre.

13. 40 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Wenig.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Haarbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Keine.
Gefäfse: Keine.

17. 39 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Haarbälge: Viele.
Talgdrüsen: Keine.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Sehr viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Gefäfse: Keine.
Fett: Keine.

24. 45 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Keine.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Fett: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Sehr viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Viele.
Gefäfse: Keine.

3. 40 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Haarbälge: Sehr viele.
Talgdrüsen: Mäfsig viele.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Wenig.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.

5. 30 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Haarbälge: Viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Fett: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Einzelne.

25. 40 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Wenig.
Haarbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Einzelne.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Einzelne.

30. 39 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Keine.
Fett: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Einzelne.

30. 39 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Haarbälge: Mäfsig viele.
Talgdrüsen: Viele.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Gefäfse: Keine.

Vom 41. bis zum 50. Lebensjahre.

38. 45 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Haarbälge: Mäfsig viele.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Wenig.
Knäueldrüsen: Wenig.
Fett: Sehr wenig.
Gefäfse: Keine.

32. 42 Jahre alt, männlich.
Fufshaut.
Epithel: Einzelne.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Einzelne.

53. 50 Jahre alt, männlich.
Kontrolle
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Viele.

47. 49 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Wenig.
Haarbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Keine.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Fett: Einzelne.

45. 46 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Haarbälge: Viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Gefäfse: Wenig.
Fufshaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Haarbälge: Viele.
Gefäfse: Wenig.
Fett: Einzelne.

33. 42 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Sehr wenig.
Haarbälge: Mäfsig viele.
Knäueldrüsen: Wenig.
Talgdrüsen: Keine.
Fett: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Einzelne.
Knäueldrüsen: Viele.
Gefäfse: Wenig.
Fett: Einzelne.

46. 45 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Sehr viele.
Haarbälge: Viele.
Talgdrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Gefäfse: Keine.
Fett: Einzelne.

Vom 51. bis zum 60. Lebensjahre.

31. 54 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Einzelne.
Talgdrüsen: Keine.
Fett: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Gefäfse: Einzelne.

49. 58 Jahre alt, weiblich.
Kontrolle.
Epithel: Mäfsig viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Haarbälge: Viele.

40. 51 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Wenig.
Haarbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Einzelne.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Fett: Keine.
Gefäfse: Einzelne.

1. 60 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Haarbälge: Viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Fett: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Einzelne.

41. 56 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Haarbälge: Wenig.
Fett: Keine.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.

Vom 61. bis zum 70. Lebensjahre.

22. 66 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Haarbälge: Viele.
Talgdrüsen: Viele.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Fett: Keine.
Gefäfse: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Sehr viele.
Gefäfse: Keine.

27. 66 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Wenig.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Talgdrüsen: Keine.
Gefäfse: Einzelne.
Fett: Viele.

Fufshaut.
Epithel: Wenig.
Knäueldrüsen: Wenig.
Gefäfse: Einzelne.

52. 65 Jahre alt, männlich.
Kontrolle.
Epithel: Mäfsig viele.
Haarbälge: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Einzelne.

2. 70 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Wenig.
Haarbälge: Viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Keine.
Vater-Pacinische Körperchen: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Wenige.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Viele.
Gefäfse: Keine.

12. 65 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Sehr viele.
Haarbälge: Sehr viele.
Talgdrüsen: Sehr viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Fett: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Gefäfse: Einzelne.

Vom 71. bis zum 80. Lebensjahre.

19. 76 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Einzelne.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Wenig.
Knäueldrüsen: Viele.
Gefäfse: Keine.

21. 78 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Wenig.
Haarbälge: Einzelne.
Talgdrüsen: Keine.
Fett: Keine.
Gefäfse: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Mäfsig viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.

35. 71 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Viele.
Haarbälge: Viele.
Talgdrüsen: Einzelne.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Keine.

Vom 81. bis zum 90. Lebensjahre.

29. 89 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Einzelne.
Haarbälge: Keine.
Talgdrüsen: Keine.
Knäueldrüsen: Viele.
Gefäfse: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Sehr wenig.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Viele.

18. 82 Jahre alt, weiblich.
Kopfhaut.
Epithel: Mäfsig viele.
Haarbälge: Wenig.
Talgdrüsen: Einzelne.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Keine.
Fufshaut.
Epithel: Wenig.
Knäueldrüsen: Sehr viele.
Gefäfse: Keine.

43. 82 Jahre alt, männlich.
Kopfhaut.
Epithel: Wenig.
Haarbälge: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Einzelne.
Fufshaut.
Epithel: Viele.
Knäueldrüsen: Viele.
Fett: Einzelne.
Gefäfse: Einzelne.

Bei einem Überblick über das gesamte zur Untersuchung herangezogene Material habe ich Unnas ursprüngliche, in den späteren Arbeiten fallen gelassene Annahme, dafs die sauren Kerne in Häuten alter Menschen am zahlreichsten wären, nicht bestätigt gefunden, denn ich habe bereits in den ersten Lebensjahren, ja schon beim Neugeborenen eine Menge saurer Kerne in der Haut gefunden, so dafs sie nicht als Alterserscheinung aufzufassen sind. Man könnte nun vielleicht annehmen, dafs gewisse Perioden der Entwicklung, die mit allgemeinem raschen Wachstum oder bereits be-

ginnender Zurückbildung einhergehen, auf das Vorkommen der sauren Kerne Einfluſs haben könnten. Es kämen hierbei die ersten Lebensjahre mit ihrem ganz auſserordentlich schnellen, allgemeinen Wachstum, dann die Zeit der Pubertät, das mittlere Lebensalter und das Greisenalter als besonders zu berücksichtigende Zeitabschnitte der Gesamtentwicklung in Betracht. Ich habe jedoch keinen Einfluſs dieser Lebensperioden auf das Vorkommen der sauren Kerne in der normalen Haut konstatieren können, und aus diesem Grunde habe ich auch das untersuchte Material ganz schematisch von zehn zu zehn Jahren eingeteilt.

Im allgemeinen habe ich mich, wie bereits oben erwähnt, bemüht, von jeder Leiche Kopf- und Fuſshaut zu untersuchen, doch habe ich in einigen Fällen aus äuſseren Gründen dieses Prinzip nicht streng durchführen können und mich mit nur einem Teile der Haut begnügen müssen. Die in der Tabelle mit Kontrolle bezeichneten Präparate stammen von Haut, die beliebigen Stellen des Körpers entnommen ist, aus bereits eingangs erwähnten Gründen.

Die Schlüsse, die ich aus meinen Untersuchungen über das Vorkommen der sauren Kerne in der normalen Haut ziehen zu dürfen glaube, sind folgende:

Die sauren Kerne sind ein normaler Bestandteil der gesunden Haut in allen Lebensaltern, nur ist ihre Menge sehr schwankend; doch hängt dieses nicht vom Alter ab, sondern muſs durch andere, uns unbekannte Verhältnisse beeinfluſst werden. Sie unterscheiden sich von gewöhnlichen Kernen durch die Affinität ihres Kernsaftes für basische Farbstoffe und lassen sich speziell mit der Orcein-Gentiana + Alaun-Tanninmethode in der normalen Haut besonders gut darstellen. Sie sind meistens gröſser als die gewöhnlichen Kerne und erscheinen auch in der normalen Haut steril, da die Farbreaktion des sauren Kernsaftes nie bei in Mitose begriffenen Zellen auftrat. Für von den sauren Kernen bevorzugte Stellen der normalen Haut halte ich die Knäueldrüsen und Haarbälge.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, auch an dieser Stelle Herrn Dr. P. G. Unna, meinem verehrten Chef, für die Anregung zu dieser Arbeit und das bei der Ausführung derselben geschenkte Interesse meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Aus der Königl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Kiel.

Über einen eigenartigen Fall von Syphilis haemorrhagica bei einem Erwachsenen.

Von

Wilhelm Weitz,
Volontärassistent der Klinik.

Im Laufe des letzten Semesters kam an der hiesigen dermatologischen Universitäts-Klinik ein Fall von hämorrhagischer Syphilis vor, der wegen der eigenartigen Form des Exanthems und wegen des histologischen Befundes einige Beachtung verdient.

Die erste Veröffentlichung über Syphilis haemorrhagica stammt von Bälz und fällt in das Jahr 1875. Er beobachtete bei einem 25jährigen Mann, ein Jahr nach stattgefundener Infektion, ein aus hämorrhagischen papulösen und squamösen Effloreszenzen bestehendes Exanthem, mit dessen Ausbruch zugleich Blutungen in die Gelenke und ins Lungengewebe auftraten.

Bei einem zweiten Fall kam es geraume Zeit nach der Infektion plötzlich unter Fieber zu diffusen Hauthämorrhagien, profusem Nasenbluten; Sputa, Stuhl und Harn wurden blutig; und am zehnten Tage starb der Patient, ohne daſs eine merkurielle Behandlung eingeleitet wäre. Bei einem dritten Patienten, der gleichfalls an einer akuten hämorrhagischen Syphilis starb, zeigten sich bei der Sektion Blutungen in Gehirn, Lunge und Milz.

Im Jahre 1878 weist Behrend zuerst auf das relativ häufige Vorkommen der Syphilis haemorrhagica bei hereditär-luetischen Kindern hin.

Wenn auch schon andere Autoren (Smith, Jenkins, Bärensprung, Epstein, Ritter) ein Zusammenfallen von hereditärer Syphilis und Hämorrhagien beschrieben hatten, so war er doch der erste, der die verschiedenen Formen der Blutungen, wie sie bei der hereditären Syphilis vorkommen, zu einem Bilde vereinigte und als zum Krankheitsbild der Syphilis gehörig erkannte. Er publizierte sechs Fälle, bei denen die Anamnese, das klinische Bild und die Sektion da, wo sie ihm frei gegeben wurde, die sichere Diagnose „hereditäre Lues“ ergaben.

Bei zweien dieser Fälle kam es kurz nach der Geburt zu hämorrhagischen Exanthemen, vor allem am Bauch und in der Inguinalgegend,

bei drei Fällen traten unstillbare Blutungen aus dem Nabel auf, bei den letzten beiden Fällen kam es zu profusen Blutungen aus zufälligen Verletzungen.

Die von Balz und Behrend gemachten grundlegenden Beobachtungen wurden in den nächsten Jahren von den verschiedensten Autoren bestätigt und ergänzt.

Hämorrhagien bei hereditär-luetischen Neugeborenen beschrieben Drahna (1879), Weiss (1879), De Lucca (1880).

Die wichtigste, die Sache fast erschöpfende Darstellung gab aber Mračeк im Jahre 1887. Die Blutaustritte an wenigen Körperstellen, wie sie bedingt waren durch Syphilis einzelner Organe (Darmblutungen infolge Syphilis der Leber usw.), durch akute interkurrierende Erkrankungen (Septicämie zum Beispiel), durch zufällige Störungen (Asphyxie), sonderte er streng ab von der eigentlichen Syphilis haemorrhagica. Zu ihr rechnete er jene Fälle, bei denen die Hämorrhagien allgemein verbreitet waren und auch äufserlich auf der Haut sichtbar als hämorrhagisches Exanthem vorkamen.

Er fand unter 160 hereditär-syphilitischen Kindern, die er auf dem Sektionstisch untersuchte, 19 Fälle dieser Syphilis haemorrhagica. Die hämorragischen Exantheme fanden sich an allen Stellen, besonders am Abdomen, regelmäfsig fanden sich auch Blutungen in inneren Organen, so in der Lunge und an der Pleura, im Herz und am Pericardium, an dem Gehirn und seinen Häuten, in der Leber usw. Neben den Blutungen wiesen die inneren Organe natürlich auch sonst charakteristische Zeichen der Syphilis auf.

Das Hauptverdienst Mračeks besteht nun darin, dafs er das Zustandekommen der Blutungen auf Grund genauester pathologischer Untersuchung unserem Verständnisse nahe gebracht hat.

Während Behrend eine durch das Syphiliskontagium hervorgerufene Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes und eine durch dieselbe Schädlichkeit bewirkte gröfsere Fragilität der Gefäfswände als Ursache der Blutung annimmt, weist Mračeк auf die Gefäfsveränderungen als auf das wesentlichste hin.

Er findet die Wand der kleinen und mittleren venösen Gefäfse in geringeren Graden der hämorrhagischen Entzündung kernreicher und im ganzen verdickt, in höheren Graden förmlich gewuchert, das Lumen verengt, stellenweise ganz verschlossen; die Wände der den Venen benachbarten Kapillaren sind infiltriert, die Arterien zeigen häufig Verdickung der Adventitia und Media. Bei den gröfseren Gefäfsen findet er stellenweise deutlich perivaskuläre Infiltration um die Vasa vasorum.

Die Blutungen finden erst während oder kurz nach der Geburt statt, die Gefäfsveränderungen waren auch schon vor der Geburt vorhanden; es

muſs also nach der Geburt noch ein die Blutung auslösendes Moment hinzukommen. Dieses liegt in der mangelnden Tätigkeit der die Zirkulation unterhaltenden Organe. Das Herz ist vielfach fettig entartet, die Lunge, deren Inspirationen die postfötale Zirkulation überhaupt erst möglich machen, vermag wegen ihrer hochgradigen pathologischen Veränderungen sich nicht ausgiebig genug auszudehen. Die Zirkulation stockt, und da, wo die lokalen Veränderungen an den kleinen Gefäſsen schon so zirkulationshemmend wirken, kommt es zur Stauung, zur Diapedese, zur Blutung.

Nach Mračeks ausführlicher Arbeit hören ausführlichere Publikationen über die Syphilis haemorrhagica neonatorum auf, dagegen wendet sich das Interesse der Autoren der selteneren Syphilis haemorrhagica der Erwachsenen zu.

Nach der ersten schon erwähnten Publikation von Bälz im Jahre 1875 folgte im Jahre 1886 eine Veröffentlichung von Horrowitz über zwei Fälle. Bei dem einen trat als zweites Rezidiv ein papulöses Exanthem auf, dessen Papeln zuerst in der Mitte, dann ganz und schlieſslich auch in der Umgebung hämorrhagisch wurden.

Bei dem zweiten Fall wurde das Erstexanthem, das als papulöses entstand, nach kurzer Zeit hämorrhagisch. Bei beiden war die Störung des Allgemeinbefindens gering, und unter merkurieller Behandlung trat nach vier und acht Wochen Genesung ein. Als Ursache für die Blutung nimmt Horrowitz einen auſserordentlich starken örtlichen Entzündungsreiz an, der zur hochgradigen Diapedese der roten Blutkörperchen führe.

Im gleichen Jahre beschrieben Hartmann und Pignot 13 Fälle von hämorrhagischer Syphilis bei Erwachsenen. Es handelte sich teils um über den ganzen Körper zerstreute hämorrhagische papulöse und ulceröse Exantheme, teils um hämorrhagische Maculae, die mit Vorliebe an den unteren Extremitäten lokalisiert waren; einmal zeigten sich Hämorrhagien an den Schleimhäuten. Die Patienten befanden sich zum geringeren Teil im Anfang, zum gröſseren Teil in der Mitte und am Ende der Sekundärperiode, bei einigen zeigte die Syphilis entschieden die Merkmale des tertiären Stadiums.

1896 stellte Neumann in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen Patienten vor, der acht Jahre nach der Infektion groſse hämorrhagische Plaques, die im Zentrum zu flachen Geschwüren zerfallen waren, auf beiden Armen und in der Sternalgegend aufwies und hämorrhagische Flecke in der Mundschleimhaut zeigte.

1899 zeigte Lang in der gleichen Gesellschaft einen Patienten mit hämorrhagischen Effloreszenzen an den Fuſssohlen.

Piccardi beschrieb endlich im Jahre 1903 an der Hand eines weiteren Falles, wo derbe hämorrhagische Papeln sich an beiden Unterschenkeln

fanden, sehr eingehend die pathologisch-anatomischen Verhältnisse; er fand im Derma, ähnlich wie bei der lentikulären Papel, ein dichtes Infiltrat von Leukocyten und gewucherten Bindegewebszellen, das durch zahlreiche rote Blutkörperchen noch verstärkt wurde. Die Gefäfse zeigten Wucherungen an Adventitia und Intima.

Auch in der Subcutis fanden sich grofse Haufen ausgetretener Blutkörperchen, und gerade hier waren die Veränderungen an den Gefäfsen besonders stark ausgeprägt.

Durch die Beschaffenheit des ausgetretenen Blutes, d. h. durch das Mengenverhältnis der weifsen zu den roten Blutkörperchen kommt PICCARDI zu dem Schlufs, dafs im Derma die entzündliche Diapedese, in der Subcutis die Zerreifsung der erkrankten Gefäfse die Hauptschuld an der Blutung trage.

Als letzter publizierte in diesem Jahre VÖRNER einen Fall, wo bei einem Patienten, der sich vor 15 Jahren infizierte, am rechten Oberarm im Bereich der deutlich als Strang fühlbaren Vena cephalica eine breite blutrote Sugillation auftrat.

Der von uns beobachtete, zu Anfang erwähnte Fall verlief folgendermafsen: Sch., Matrose, 23 Jahre alt, hat zweimal Gonorrhoe gehabt, war im übrigen stets gesund, bietet anamnestisch nichts, was ihn in den Verdacht eines Bluters bringen könnte. Am 12. Mai d. J. verkehrte er in Riga mit einer Prostituierten, vier Tage später trat ein Geschwür unter der Vorhaut auf, zu dem in den nächsten Tagen mehrere neue hinzukamen.

Auf Anraten eines Arztes behandelte er die Geschwüre mit Waschungen und Einpudern. Am 7. Juni suchte er die hiesige Klinik auf.

Bei seiner Aufnahme klagte Patient über Mattigkeit und Kopfschmerzen. Die Untersuchung ergibt: Sch. ist ein kräftig gebauter, etwas blafs aussehender Mann. Herz, Lunge, Unterleibsorgane sind ohne pathologischen Befund. Puls ist regelmäfsig, gut gespannt. Temperatur ist normal. Im Urin sind keine abnormen Bestandteile.

Am freien Rande der Vorhaut, die sich nicht über die Glans zurückziehen läfst, sind acht bis zehn tiefe, kraterförmige, schmierig-eitrig belegte Ulcera mit wallartig erhobenem Rande, von Hirsekorn- bis Linsengröfse. Aus der Harnröhre entleert sich dicker gelblicher, wie die mikroskopische Untersuchung ergibt, reichlich Gonokokken enthaltender Eiter. Inguinaldrüsen und Cervikaldrüsen sind typisch geschwollen.

An der äufseren Haut ist nichts Besonderes. Pharynx und Uvula sind geschwollen und gerötet, das Zahnfleisch ist aufgelockert, gerötet, zeigt an den Rändern der Zähne dicken schmierig grünlichen Belag. Starker Foetor ex ore.

Unter Adrenalin-Eucain-Anästhesierung wird die Phimose gespalten, wonach im Sulcus coronarius auf der oberen Seite des Penis fast in der

muſs also nach der Geburt noch ...ngroſses Ulcus mit schmierig
hinzukommen. Dieses liegt in der
lation unterhaltenden Organe. D... ...mit Borwasser gewaschen
Lunge, deren Inspirationen di...
möglich machen, vermag weg... ...en im Hals, die s...
änderungen sich nicht ausgiebi... ...äche der U...
und da, wo die lokalen Verä... ...rechte
zirkulationshemmend wirker... ...
Blutung.

Nach Mračeks ausfü... ... von etwa L...
über die Syphilis haem... ...ngeben.
Interesse der Autoren ... Oberschenkeln zahlreiche
senen zu. ...onen. Diese bestehen aus
Nach der erst... ...stehenden, teils miteinander
1875 folgte im J... sind unregelmäſsig gestaltet, am
zwei Fälle. Be... ...n, sie liegen überall durchaus im
Exanthem auf, d... ...n auf Fingerdruck nicht. Sie sind von
auch in der U... ...re Zahl mag etwa 40 betragen. Zwischen
Bei dem ... ...n Körper bietet die Haut nichts Besonderes.
entstand, na... ...lung wird eingeleitet, indem jeden fünften Tag
des Allgem... ...ydrargyrum-salicylicum-Lösung injiziert wird und
nach vier ... ...der Dosis, mit 2 g täglich beginnend, gegeben wird.
nimmt H... ...sse und starker Mattigkeit bekommt Patient Sanatogen
an, der ... ...wei Teelöffel.

I... ...e nach der ersten Injektion treten die Sugillationen noch
häm... ...nervor, bleiben dann unverändert etwa zehn Tage lang und
übe... dann allmählich abzublassen, aus der bläulich-roten wird eine
E... ...ne Färbung, die dann allmählich immer mehr der Farbe der nor-
u... ...en Haut sich nähert.

Nach der zweiten Injektion entstehen hin und wieder auf der Haut des Bauches und der Brust, aber nicht an der Stelle der Sugillationen typische Maculae.

Am 4. Juli sind die Sugillationen nicht mehr zu erkennen, und auch die Maculae sind vollkommen abgeblaſst, zugleich haben sich die Ulcera im Munde gereinigt und beginnen sich vom Rande her zu überhäuten. Die durch die Phimosenoperation entstandenen Wundränder, die anfangs in Vereiterung übergegangen waren, beginnen sich zu reinigen; die Ulcera am Penis sind fast alle verheilt, besonders deutlich tritt jetzt der Primäraffekt im Sulcus coronarius auf der Dorsalseite des Penis hervor.

Am 25. Juli sind die Ulcera im Munde völlig geheilt, der Primäraffekt hat sich noch immer nicht zurückgebildet.

Am 1. August bekommt Patient die elfte und letzte Spritze. Auf

...nd den sichtbaren Schleimh...
...sehen. Der Primäraffekt...
...rig eitrig belegtes de...
... nur örtlich beh... ...rhoicum.
Krankheitsve...
Eiweifs.
...ichte...
...Purp... ...ten Gonorrhoe
Literatur v... ...an nach dem
...achsenen, handelt es ... Linie mit
...nagische Flecken liegen wen... Tat nicht
...em auch schon eine ganze Reihe solc... ...herapie
...lung,
...sten Fall von BÄLZ trug das Exanthem zum Teil ... ...figer
...n Maculae, daneben waren aber auch Papeln vorhanden ...an
...bestanden die Maculae als solche nur wenige Stunden, erhoben ...
...n nach Art einer Urticariaquaddel, um im Laufe von 24—3...
...den flacher zu werden und abzublassen.

Übrigens handelte es sich um ein Rezidivexanthem.

Auch bei einem Fall von HORROWITZ waren in einem gewissen Stadium grofse hämorrhagische Flecke vorhanden, doch war bei genauerem Zusehen in der Mitte noch die Papel zu erkennen, die den Ausgangspunkt der Hämorrhagie gebildet hatte. Auch sein Fall war ein Rezidivexanthem.

HARTMANN und PIGNOT sahen bei sieben Fällen im Anfang oder der Mitte der Sekundärperiode Purpuraflecke. Diese waren an den Extremitäten, besonders den unteren lokalisiert, sie waren häufig mit Gliederschmerzen und Ödemen der Füfse und Unterschenkel verbunden, oft trat Eiweifs im Urin auf. Einige Male traten Nachschübe ein, die an Intensität von Ausbruch zu Ausbruch abnahmen. Die beiden Autoren weisen darauf hin, dafs der klinische Verlauf vollkommen dem bei der Purpura rheumatica gleicht, nehmen aber mit Nachdruck die Syphilis als ätiologisches Moment für ihre Fälle in Anspruch.

Unter diesen Fällen befindet sich keiner, bei dem, wie bei uns, eine allgemeine Purpura syphilitica als erstes Exanthem vorgekommen wäre. Auch VÖRNER hat in der Literatur solche Fälle nicht gefunden. Er schreibt in seiner schon erwähnten heuer erschienenen Arbeit über Syphilis und Hämorrhagie:

„Noch niemals ist bis jetzt eine primäre Roseola hämorrhagischer Natur beschrieben worden; die bis jetzt beobachteten Fälle gehören der Rezidivperiode der Lues an.“

Mittellinie ein deutlich induriertes, gut linsengroſses Ulcus mit schmierig belegtem Grunde zum Vorschein kommt.

Die Ulcera werden täglich mehrere Male mit Borwasser gewaschen und hinterher mit Vioformpuder bestreut.

Am 15. Juni klagt Patient über starke Schmerzen im Hals, die schon seit dem Abend vorher beständen. Die ganze Vorderfläche der Uvula ist in eine eitrig belegte Wundfläche verwandelt, auf der rechten Tonsille findet sich ein kleinfingergroſses schmierig eitrig belegtes Ulcus, und ein drittes Geschwür sitzt auf der Grenze zwischen weichem und hartem Gaumen unmittelbar links neben der Mittellinie; es ist von etwa Linsengröſse, ziemlich tief, von einem geröteten Rande umgeben.

Am Tage darauf zeigen sich auf Bauch und Oberschenkeln zahlreiche über Nacht entstandene eigentümliche Eruptionen. Diese bestehen aus linsen- bis fingernagelgroſsen, teils einzelstehenden, teils miteinander konfluierenden Flecken. Diese Flecke sind unregelmäſsig gestaltet, am Rande mit zarten Ausläufern versehen, sie liegen überall durchaus im Niveau der Haut und verschwinden auf Fingerdruck nicht. Sie sind von dunkel bläulich-roter Farbe. Ihre Zahl mag etwa 40 betragen. Zwischen den Flecken und am übrigen Körper bietet die Haut nichts Besonderes.

Die spezifische Behandlung wird eingeleitet, indem jeden fünften Tag 1 ccm einer 10%igen Hydrargyrum-salicylicum-Lösung injiziert wird und Kal. jodat. in steigender Dosis, mit 2 g täglich beginnend, gegeben wird. Wegen groſser Blässe und starker Mattigkeit bekommt Patient Sanatogen dreimal täglich zwei Teelöffel.

Am Tage nach der ersten Injektion treten die Sugillationen noch deutlicher hervor, bleiben dann unverändert etwa zehn Tage lang und beginnen dann allmählich abzublassen, aus der bläulich-roten wird eine gelbliche Färbung, die dann allmählich immer mehr der Farbe der normalen Haut sich nähert.

Nach der zweiten Injektion entstehen hin und wieder auf der Haut des Bauches und der Brust, aber nicht an der Stelle der Sugillationen typische Maculae.

Am 4. Juli sind die Sugillationen nicht mehr zu erkennen, und auch die Maculae sind vollkommen abgeblaſst, zugleich haben sich die Ulcera im Munde gereinigt und beginnen sich vom Rande her zu überhäuten. Die durch die Phimosenoperation entstandenen Wundränder, die anfangs in Vereiterung übergegangen waren, beginnen sich zu reinigen; die Ulcera am Penis sind fast alle verheilt, besonders deutlich tritt jetzt der Primäraffekt im Sulcus coronarius auf der Dorsalseite des Penis hervor.

Am 25. Juli sind die Ulcera im Munde völlig geheilt, der Primäraffekt hat sich noch immer nicht zurückgebildet.

Am 1. August bekommt Patient die elfte und letzte Spritze. Auf

der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten sind keine Erscheinungen der Syphilis zu sehen. Der Primäraffekt ist noch immer als kleinfingernagelgroſses, schmierig eitrig belegtes deutlich induriertes Ulcus vorhanden und wird von jetzt ab nur örtlich behandelt.

Während des ganzen Krankheitsverlaufes zeigte sich keine Temperaturerhöhung, im Urin war nie Eiweiſs.

Die in der Krankengeschichte beschriebenen Effloreszenzen können nach ihrem klinischen Bilde nur als Purpuraflecken bezeichnet werden. Wir hätten also einen Fall von Purpura syphilitica vor uns.

Bei den meisten in der Literatur vorliegenden Fällen von hämorrhagischer Syphilis bei Erwachsenen, handelt es sich um hämorrhagische Papeln, über rein hämorrhagische Flecken liegen weniger Beobachtungen vor, wenn alles in allem auch schon eine ganze Reihe solcher Fälle bekannt ist.

Bei dem ersten Fall von Bälz trug das Exanthem zum Teil den Charakter von Maculae, daneben waren aber auch Papeln vorhanden; aufserdem bestanden die Maculae als solche nur wenige Stunden, erhoben sich dann nach Art einer Urticariaquaddel, um im Laufe von 24—30 Stunden flacher zu werden und abzublassen.

Übrigens handelte es sich um ein Rezidivexanthem.

Auch bei einem Fall von Horrowitz waren in einem gewissen Stadium groſse hämorrhagische Flecke vorhanden, doch war bei genauerem Zusehen in der Mitte noch die Papel zu erkennen, die den Ausgangspunkt der Hämorrhagie gebildet hatte. Auch sein Fall war ein Rezidivexanthem.

Hartmann und Pignot sahen bei sieben Fällen im Anfang oder der Mitte der Sekundärperiode Purpuraflecke. Diese waren an den Extremitäten, besonders den unteren lokalisiert, sie waren häufig mit Gliederschmerzen und Ödemen der Füſse und Unterschenkel verbunden, oft trat Eiweiſs im Urin auf. Einige Male traten Nachschübe ein, die an Intensität von Ausbruch zu Ausbruch abnahmen. Die beiden Autoren weisen darauf hin, daſs der klinische Verlauf vollkommen dem bei der Purpura rheumatica gleicht, nehmen aber mit Nachdruck die Syphilis als ätiologisches Moment für ihre Fälle in Anspruch.

Unter diesen Fällen befindet sich keiner, bei dem, wie bei uns, eine allgemeine Purpura syphilitica als erstes Exanthem vorgekommen wäre. Auch Vörner hat in der Literatur solche Fälle nicht gefunden. Er schreibt in seiner schon erwähnten heuer erschienenen Arbeit über Syphilis und Hämorrhagie:

„Noch niemals ist bis jetzt eine primäre Roseola hämorrhagischer Natur beschrieben worden; die bis jetzt beobachteten Fälle gehören der Rezidivperiode der Lues an.“

Mittellinie ein deutlich induriertes, gut linsengroſses Ulcus mit schmierig belegtem Grunde zum Vorschein kommt.

Die Ulcera werden täglich mehrere Male mit Borwasser gewaschen und hinterher mit Vioformpuder bestreut.

Am 15. Juni klagt Patient über starke Schmerzen im Hals, die schon seit dem Abend vorher beständen. Die ganze Vorderfläche der Uvula ist in eine eitrig belegte Wundfläche verwandelt, auf der rechten Tonsille findet sich ein kleinfingergroſses schmierig eitrig belegtes Ulcus, und ein drittes Geschwür sitzt auf der Grenze zwischen weichem und hartem Gaumen unmittelbar links neben der Mittellinie; es ist von etwa Linsengröſse, ziemlich tief, von einem geröteten Rande umgeben.

Am Tage darauf zeigen sich auf Bauch und Oberschenkeln zahlreiche über Nacht entstandene eigentümliche Eruptionen. Diese bestehen aus linsen- bis fingernagelgroſsen, teils einzelstehenden, teils miteinander konfluierenden Flecken. Diese Flecke sind unregelmäſsig gestaltet, am Rande mit zarten Ausläufern versehen, sie liegen überall durchaus im Niveau der Haut und verschwinden auf Fingerdruck nicht. Sie sind von dunkel bläulich-roter Farbe. Ihre Zahl mag etwa 40 betragen. Zwischen den Flecken und am übrigen Körper bietet die Haut nichts Besonderes.

Die spezifische Behandlung wird eingeleitet, indem jeden fünften Tag 1 ccm einer 10%igen Hydrargyrum-salicylicum-Lösung injiziert wird und Kal. jodat. in steigender Dosis, mit 2 g täglich beginnend, gegeben wird. Wegen groſser Blässe und starker Mattigkeit bekommt Patient Sanatogen dreimal täglich zwei Teelöffel.

Am Tage nach der ersten Injektion treten die Sugillationen noch deutlicher hervor, bleiben dann unverändert etwa zehn Tage lang und beginnen dann allmählich abzublassen, aus der bläulich-roten wird eine gelbliche Färbung, die dann allmählich immer mehr der Farbe der normalen Haut sich nähert.

Nach der zweiten Injektion entstehen hin und wieder auf der Haut des Bauches und der Brust, aber nicht an der Stelle der Sugillationen typische Maculae.

Am 4. Juli sind die Sugillationen nicht mehr zu erkennen, und auch die Maculae sind vollkommen abgeblaſst, zugleich haben sich die Ulcera im Munde gereinigt und beginnen sich vom Rande her zu überhäuten. Die durch die Phimosenoperation entstandenen Wundränder, die anfangs in Vereiterung übergegangen waren, beginnen sich zu reinigen; die Ulcera am Penis sind fast alle verheilt, besonders deutlich tritt jetzt der Primäraffekt im Sulcus coronarius auf der Dorsalseite des Penis hervor.

Am 25. Juli sind die Ulcera im Munde völlig geheilt, der Primäraffekt hat sich noch immer nicht zurückgebildet.

Am 1. August bekommt Patient die elfte und letzte Spritze. Auf

der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten sind keine Erscheinungen der Syphilis zu sehen. Der Primäraffekt ist noch immer als kleinfingernagelgroßes, schmierig eitrig belegtes deutlich induriertes Ulcus vorhanden und wird von jetzt ab nur örtlich behandelt.

Während des ganzen Krankheitsverlaufes zeigte sich keine Temperaturerhöhung, im Urin war nie Eiweiß.

Die in der Krankengeschichte beschriebenen Effloreszenzen können nach ihrem klinischen Bilde nur als Purpuraflecken bezeichnet werden. Wir hätten also einen Fall von Purpura syphilitica vor uns.

Bei den meisten in der Literatur vorliegenden Fällen von hämorrhagischer Syphilis bei Erwachsenen, handelt es sich um hämorrhagische Papeln, über rein hämorrhagische Flecken liegen weniger Beobachtungen vor, wenn alles in allem auch schon eine ganze Reihe solcher Fälle bekannt ist.

Bei dem ersten Fall von Bälz trug das Exanthem zum Teil den Charakter von Maculae, daneben waren aber auch Papeln vorhanden; außerdem bestanden die Maculae als solche nur wenige Stunden, erhoben sich dann nach Art einer Urticariaquaddel, um im Laufe von 24—30 Stunden flacher zu werden und abzublassen.

Übrigens handelte es sich um ein Rezidivexanthem.

Auch bei einem Fall von Horrowitz waren in einem gewissen Stadium große hämorrhagische Flecke vorhanden, doch war bei genauerem Zusehen in der Mitte noch die Papel zu erkennen, die den Ausgangspunkt der Hämorrhagie gebildet hatte. Auch sein Fall war ein Rezidivexanthem.

Hartmann und Pignot sahen bei sieben Fällen im Anfang oder der Mitte der Sekundärperiode Purpuraflecke. Diese waren an den Extremitäten, besonders den unteren lokalisiert, sie waren häufig mit Gliederschmerzen und Ödemen der Füße und Unterschenkel verbunden, oft trat Eiweiß im Urin auf. Einige Male traten Nachschübe ein, die an Intensität von Ausbruch zu Ausbruch abnahmen. Die beiden Autoren weisen darauf hin, daß der klinische Verlauf vollkommen dem bei der Purpura rheumatica gleicht, nehmen aber mit Nachdruck die Syphilis als ätiologisches Moment für ihre Fälle in Anspruch.

Unter diesen Fällen befindet sich keiner, bei dem, wie bei uns, eine allgemeine Purpura syphilitica als erstes Exanthem vorgekommen wäre. Auch Vörner hat in der Literatur solche Fälle nicht gefunden. Er schreibt in seiner schon erwähnten heuer erschienenen Arbeit über Syphilis und Hämorrhagie:

„Noch niemals ist bis jetzt eine primäre Roseola hämorrhagischer Natur beschrieben worden; die bis jetzt beobachteten Fälle gehören der Rezidivperiode der Lues an.“

Mittellinie ein deutlich induriertes, gut linsengroſses Ulcus mit schmierig belegtem Grunde zum Vorschein kommt.

Die Ulcera werden täglich mehrere Male mit Borwasser gewaschen und hinterher mit Vioformpuder bestreut.

Am 15. Juni klagt Patient über starke Schmerzen im Hals, die schon seit dem Abend vorher beständen. Die ganze Vorderfläche der Uvula ist in eine eitrig belegte Wundfläche verwandelt, auf der rechten Tonsille findet sich ein kleinfingergroſses schmierig eitrig belegtes Ulcus, und ein drittes Geschwür sitzt auf der Grenze zwischen weichem und hartem Gaumen unmittelbar links neben der Mittellinie; es ist von etwa Linsengröſse, ziemlich tief, von einem geröteten Rande umgeben.

Am Tage darauf zeigen sich auf Bauch und Oberschenkeln zahlreiche über Nacht entstandene eigentümliche Eruptionen. Diese bestehen aus linsen- bis fingernagelgroſsen, teils einzelstehenden, teils miteinander konfluierenden Flecken. Diese Flecke sind unregelmäſsig gestaltet, am Rande mit zarten Ausläufern versehen, sie liegen überall durchaus im Niveau der Haut und verschwinden auf Fingerdruck nicht. Sie sind von dunkel bläulich-roter Farbe. Ihre Zahl mag etwa 40 betragen. Zwischen den Flecken und am übrigen Körper bietet die Haut nichts Besonderes.

Die spezifische Behandlung wird eingeleitet, indem jeden fünften Tag 1 ccm einer 10%igen Hydrargyrum-salicylicum-Lösung injiziert wird und Kal. jodat. in steigender Dosis, mit 2 g täglich beginnend, gegeben wird. Wegen groſser Blässe und starker Mattigkeit bekommt Patient Sanatogen dreimal täglich zwei Teelöffel.

Am Tage nach der ersten Injektion treten die Sugillationen noch deutlicher hervor, bleiben dann unverändert etwa zehn Tage lang und beginnen dann allmählich abzublassen, aus der bläulich-roten wird eine gelbliche Färbung, die dann allmählich immer mehr der Farbe der normalen Haut sich nähert.

Nach der zweiten Injektion entstehen hin und wieder auf der Haut des Bauches und der Brust, aber nicht an der Stelle der Sugillationen typische Maculae.

Am 4. Juli sind die Sugillationen nicht mehr zu erkennen, und auch die Maculae sind vollkommen abgeblaſst, zugleich haben sich die Ulcera im Munde gereinigt und beginnen sich vom Rande her zu überhäuten. Die durch die Phimosenoperation entstandenen Wundränder, die anfangs in Vereiterung übergegangen waren, beginnen sich zu reinigen; die Ulcera am Penis sind fast alle verheilt, besonders deutlich tritt jetzt der Primäraffekt im Sulcus coronarius auf der Dorsalseite des Penis hervor.

Am 25. Juli sind die Ulcera im Munde völlig geheilt, der Primäraffekt hat sich noch immer nicht zurückgebildet.

Am 1. August bekommt Patient die elfte und letzte Spritze. Auf

der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten sind keine Erscheinungen der Syphilis zu sehen. Der Primäraffekt ist noch immer als kleinfingernagelgroßes, schmierig eitrig belegtes deutlich induriertes Ulcus vorhanden und wird von jetzt ab nur örtlich behandelt.

Während des ganzen Krankheitsverlaufes zeigte sich keine Temperaturerhöhung, im Urin war nie Eiweiß.

Die in der Krankengeschichte beschriebenen Effloreszenzen können nach ihrem klinischen Bilde nur als Purpuraflecken bezeichnet werden. Wir hätten also einen Fall von Purpura syphilitica vor uns.

Bei den meisten in der Literatur vorliegenden Fällen von hämorrhagischer Syphilis bei Erwachsenen, handelt es sich um hämorrhagische Papeln, über rein hämorrhagische Flecken liegen weniger Beobachtungen vor, wenn alles in allem auch schon eine ganze Reihe solcher Fälle bekannt ist.

Bei dem ersten Fall von Bälz trug das Exanthem zum Teil den Charakter von Maculae, daneben waren aber auch Papeln vorhanden; außerdem bestanden die Maculae als solche nur wenige Stunden, erhoben sich dann nach Art einer Urticariaquaddel, um im Laufe von 24—30 Stunden flacher zu werden und abzublassen.

Übrigens handelte es sich um ein Rezidivexanthem.

Auch bei einem Fall von Horrowitz waren in einem gewissen Stadium große hämorrhagische Flecke vorhanden, doch war bei genauerem Zusehen in der Mitte noch die Papel zu erkennen, die den Ausgangspunkt der Hämorrhagie gebildet hatte. Auch sein Fall war ein Rezidivexanthem.

Hartmann und Pignot sahen bei sieben Fällen im Anfang oder der Mitte der Sekundärperiode Purpuraflecke. Diese waren an den Extremitäten, besonders den unteren lokalisiert, sie waren häufig mit Gliederschmerzen und Ödemen der Füße und Unterschenkel verbunden, oft trat Eiweiß im Urin auf. Einige Male traten Nachschübe ein, die an Intensität von Ausbruch zu Ausbruch abnahmen. Die beiden Autoren weisen darauf hin, daß der klinische Verlauf vollkommen dem bei der Purpura rheumatica gleicht, nehmen aber mit Nachdruck die Syphilis als ätiologisches Moment für ihre Fälle in Anspruch.

Unter diesen Fällen befindet sich keiner, bei dem, wie bei uns, eine allgemeine Purpura syphilitica als erstes Exanthem vorgekommen wäre. Auch Vörner hat in der Literatur solche Fälle nicht gefunden. Er schreibt in seiner schon erwähnten heuer erschienenen Arbeit über Syphilis und Hämorrhagie:

„Noch niemals ist bis jetzt eine primäre Roseola hämorrhagischer Natur beschrieben worden; die bis jetzt beobachteten Fälle gehören der Rezidivperiode der Lues an.“

Mittellinie ein deutlich induriertes, gut linsengrofses Ulcus mit schmierig belegtem Grunde zum Vorschein kommt.

Die Ulcera werden täglich mehrere Male mit Borwasser gewaschen und hinterher mit Vioformpuder bestreut.

Am 15. Juni klagt Patient über starke Schmerzen im Hals, die schon seit dem Abend vorher beständen. Die ganze Vorderfläche der Uvula ist in eine eitrig belegte Wundfläche verwandelt, auf der rechten Tonsille findet sich ein kleinfingergrofses schmierig eitrig belegtes Ulcus, und ein drittes Geschwür sitzt auf der Grenze zwischen weichem und hartem Gaumen unmittelbar links neben der Mittellinie; es ist von etwa Linsengröfse, ziemlich tief, von einem geröteten Rande umgeben.

Am Tage darauf zeigen sich auf Bauch und Oberschenkeln zahlreiche über Nacht entstandene eigentümliche Eruptionen. Diese bestehen aus linsen- bis fingernagelgrofsen, teils einzelstehenden, teils miteinander konfluierenden Flecken. Diese Flecke sind unregelmäfsig gestaltet, am Rande mit zarten Ausläufern versehen, sie liegen überall durchaus im Niveau der Haut und verschwinden auf Fingerdruck nicht. Sie sind von dunkel bläulich-roter Farbe. Ihre Zahl mag etwa 40 betragen. Zwischen den Flecken und am übrigen Körper bietet die Haut nichts Besonderes.

Die spezifische Behandlung wird eingeleitet, indem jeden fünften Tag 1 ccm einer 10%igen Hydrargyrum-salicylicum-Lösung injiziert wird und Kal. jodat. in steigender Dosis, mit 2 g täglich beginnend, gegeben wird. Wegen grofser Blässe und starker Mattigkeit bekommt Patient Sanatogen dreimal täglich zwei Teelöffel.

Am Tage nach der ersten Injektion treten die Sugillationen noch deutlicher hervor, bleiben dann unverändert etwa zehn Tage lang und beginnen dann allmählich abzublassen, aus der bläulich-roten wird eine gelbliche Färbung, die dann allmählich immer mehr der Farbe der normalen Haut sich nähert.

Nach der zweiten Injektion entstehen hin und wieder auf der Haut des Bauches und der Brust, aber nicht an der Stelle der Sugillationen typische Maculae.

Am 4. Juli sind die Sugillationen nicht mehr zu erkennen, und auch die Maculae sind vollkommen abgeblafst, zugleich haben sich die Ulcera im Munde gereinigt und beginnen sich vom Rande her zu überhäuten. Die durch die Phimosenoperation entstandenen Wundränder, die anfangs in Vereiterung übergegangen waren, beginnen sich zu reinigen; die Ulcera am Penis sind fast alle verheilt, besonders deutlich tritt jetzt der Primäraffekt im Sulcus coronarius auf der Dorsalseite des Penis hervor.

Am 25. Juli sind die Ulcera im Munde völlig geheilt, der Primäraffekt hat sich noch immer nicht zurückgebildet.

Am 1. August bekommt Patient die elfte und letzte Spritze. Auf

der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten sind keine Erscheinungen der Syphilis zu sehen. Der Primäraffekt ist noch immer als kleinfingernagelgroßes, schmierig eitrig belegtes deutlich induriertes Ulcus vorhanden und wird von jetzt ab nur örtlich behandelt.

Während des ganzen Krankheitsverlaufes zeigte sich keine Temperaturerhöhung, im Urin war nie Eiweiß.

Die in der Krankengeschichte beschriebenen Effloreszenzen können nach ihrem klinischen Bilde nur als Purpuraflecken bezeichnet werden. Wir hätten also einen Fall von Purpura syphilitica vor uns.

Bei den meisten in der Literatur vorliegenden Fällen von hämorrhagischer Syphilis bei Erwachsenen, handelt es sich um hämorrhagische Papeln, über rein hämorrhagische Flecken liegen weniger Beobachtungen vor, wenn alles in allem auch schon eine ganze Reihe solcher Fälle bekannt ist.

Bei dem ersten Fall von Bälz trug das Exanthem zum Teil den Charakter von Maculae, daneben waren aber auch Papeln vorhanden; außerdem bestanden die Maculae als solche nur wenige Stunden, erhoben sich dann nach Art einer Urticariaquaddel, um im Laufe von 24—30 Stunden flacher zu werden und abzublassen.

Übrigens handelte es sich um ein Rezidivexanthem.

Auch bei einem Fall von Horrowitz waren in einem gewissen Stadium große hämorrhagische Flecke vorhanden, doch war bei genauerem Zusehen in der Mitte noch die Papel zu erkennen, die den Ausgangspunkt der Hämorrhagie gebildet hatte. Auch sein Fall war ein Rezidivexanthem.

Hartmann und Pignot sahen bei sieben Fällen im Anfang oder der Mitte der Sekundärperiode Purpuraflecke. Diese waren an den Extremitäten, besonders den unteren lokalisiert, sie waren häufig mit Gliederschmerzen und Ödemen der Füße und Unterschenkel verbunden, oft trat Eiweiß im Urin auf. Einige Male traten Nachschübe ein, die an Intensität von Ausbruch zu Ausbruch abnahmen. Die beiden Autoren weisen darauf hin, daß der klinische Verlauf vollkommen dem bei der Purpura rheumatica gleicht, nehmen aber mit Nachdruck die Syphilis als ätiologisches Moment für ihre Fälle in Anspruch.

Unter diesen Fällen befindet sich keiner, bei dem, wie bei uns, eine allgemeine Purpura syphilitica als erstes Exanthem vorgekommen wäre. Auch Vörner hat in der Literatur solche Fälle nicht gefunden. Er schreibt in seiner schon erwähnten heuer erschienenen Arbeit über Syphilis und Hämorrhagie:

„Noch niemals ist bis jetzt eine primäre Roseola hämorrhagischer Natur beschrieben worden; die bis jetzt beobachteten Fälle gehören der Rezidivperiode der Lues an.“

Wir müssen dem Einwand entgegentreten, daſs es sich in unserem Falle um eine nicht spezifische Purpura gehandelt hätte, die während der zweiten Latenzperiode zufällig zum Ausbruch gekommen wäre, einem Einwand, den man damit begründen könnte, daſs fünf Wochen nach der Infektion ein syphilitisches Exanthem noch nicht zu erwarten gewesen wäre. Nun sind aber Fälle genug in der Literatur bekannt, wo die Inkubationsdauer noch kürzere Zeit (bis zu zwölf Tagen — GILBERT) beträgt. Kurze Inkubationsdauer kam häufig gerade bei den besonders schwer verlaufenden Fällen vor. Und unser Fall muſs unbedingt vor allem wegen der Form des Exanthems, sodann aber auch wegen der eintretenden Anämie und der so frühzeitig entstehenden tiefen Ulcera an der Mundschleimhaut zu den schwereren gezählt werden. Schon bei der Aufnahme in die Klinik am 7. Juni lieſs die auſserordentlich deutliche Schwellung der Cervikaldrüsen und die schon seit einiger Zeit bestehende Mattigkeit und die Kopfschmerzen auf die eingetretene Allgemeininfektion und den baldigen Ausbruch des Exanthems schlieſsen.

Die acht Tage später an der Uvula, der rechten Tonsille und dem weichen Gaumen sich zeigenden Ulcera gehörten sicher ihrem ganzen Aussehen nach der Eruptionsperiode der Syphilis an, weshalb sollte das einen Tag später sich zeigende Exanthem unabhängig von der Syphilis sein? Zudem paſst die Lokalisation auf Bauch und Brust absolut nicht zum Bild einer einfachen Purpura.

Hierzu kommt die prompte Beeinflussung des Exanthems durch das Quecksilber. Interessant ist, daſs nach der zweiten Injektion keine neuen Purpuraflecke sich einstellten, daſs dagegen nun einige typische Maculae erschienen. Durch das Quecksilber war die Wirkung des syphilitischen Giftes so abgeschwächt oder vielleicht besser die Widerstandsfähigkeit des Organismus so erhöht, daſs es jetzt nur noch zur einfachen Entzündung, nicht mehr wie früher zur Hämorrhagie kam.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Stück Haut von Einpfennigstückgröſse mit einem Purpurafleck an der Auſsenseite des Oberschenkels exzidiert.

Das in Formalin und Alkohol gehärtete, mit Hämatoxylin-Eosin gefärbte Präparat ergibt:

An der Epidermis ist nichts Besonderes. Im ganzen Corium, sowohl im Stratum papillare als auch im Stratum reticulare erscheint das Bindegewebe auffällig locker und gequollen, ebenso ist ein im Schnitt längs getroffener Musc. arrector pili stark gequollen und dadurch undeutlich in seinen Konturen und seiner Zeichnung. Die Gefäſse, vor allem die Kapillaren erscheinen stark, zum Teil ad extremum dilatiert und prall gefüllt mit roten Blutkörperchen. An der Adventitia der kleinen Arterien und Venen findet sich reichlich zellige Infiltration. Die Endothelzellen

der kleinen Venen und der Kapillaren sind an einigen Stellen deutlich gewuchert, hier und da bis zum Verschluſs des Lumens.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt also eine starke seröse Durchtränkung des exzidierten Stückes und Veränderungen an den kleinen Gefäſsen und Kapillaren. Was wir vor allem erwartet hatten, Hämorrhagien im Gewebe, waren nicht vorhanden.

Wie erklärt sich nun ihr Fehlen im mikroskopischen Bilde, obwohl doch das klinische Bild so durchaus sicher das Aussehen einer Hämorrhagie darbot?

Ähnliche negative Befunde sind auch schon früher bei Purpuraflecken gemacht worden. In drei Fällen von Purpura, die Cornil beschrieb, bestanden die histologischen Veränderungen nur in einer enormen Ansammlung von weiſsen uod roten Blutkörperchen in den stark erweiterten Gefäſsen.

In solchen Fällen kam nach Riossi und Lereddb das äuſsere Aussehen eines Purpurafleckes durch die Durchtränkung des Gewebes mit hämoglobinhaltiger Lymphe zustande.

Auspitz war der erste, der experimentell diese Ansicht begründete. Er wollte ursprünglich nachweisen, daſs als Ursache für Hautblutungen besonders Stauungen im venösen Abflufsgebiet in Betracht kämen. Er staute eine Extremität, z. B. den Arm mit einer Aderlaſsbinde. Es traten, nachdem zuerst allgemeine cyanotische Verfärbung sich eingestellt hatte, nach kurzer Zeit unregelmäſsig gestaltete, zum Teil einzeln stehende, zum Teil ineinander übergehende Inseln von zinnoberroter bis gelbroter Farbe auf, von denen jede einzelne offenbar einem einzelnen Kapillarbezirk entsprach. Diese Flecken verschwanden unter Fingerdruck nicht und blieben auch noch längere Zeit nach dem Ablegen der Aderlaſsbinde bestehen.

Lieſs man die Aderlaſsbinde noch länger liegen, so traten innerhalb der gelbroten Flecke stecknadelkopfgroſse rote bis schwarzblaue Petechien auf.

Die zuerst erschienenen Flecke beruhten, wie Auspitz nachwies, auf einer Durchtränkung des Gewebes mit hämoglobinhaltiger Lymphe.

Für den Austritt des Hämoglobins aus den roten Blutkörperchen sieht Auspilz Analogien in der Tatsache, daſs bei starkem Wasserzusatz, bei Anwendung von Frost, bei Anwendung von elektrischen Schlägen hoher Spannung die Blutkörperchen ihr Hämoglobin abgeben; er erwähnt Virchows Beobachtung, daſs die roten Blutkörperchen überall da, wo sie absterben, das Blutrot fahren lassen; er weist auf die eigentümlichen Flecken beim Brand hin, die durch ausgelaugtes Hämoglobin hervorgerufen werden; er findet endlich in der Beobachtung, daſs Blutkörperchen in Thromben und Extravasaten farblos werden, den Beweis dafür, daſs das Hämoglobin aus ihnen austreten muſs.

Was nun bei seinem Versuch die roten Blutkörperchen zwingt, ihr Hämoglobin abzugeben, das vermag er natürlich bei den so wenig sicher begründeten Vorstellungen, die wir uns über diese Verhältnisse machen können, nicht anzugeben. Ihm genügt es, die Tatsache festzustellen, daſs es bei der Stauung als Vorstadium der Blutung zum Austritt hämoglobinhaltigen Serums kommen kann.

Die hier gewonnenen Erfahrungen lieſsen sich auch für uns verwerten, wenn wir nachweisen könnten, daſs bei Entstehung der von uns gesehenen, im Verlauf der Lues aufgetretenen Purpuraflecke ähnliche Verhältnisse wie bei dem AUSPITZschen Versuch vorlägen.

Um uns nun ein Bild darüber machen zu können, wie es bei der Syphilis zum Austritt hämoglobinhaltigen Serums kommen mag, müssen wir uns zunächst darüber informieren, wie es zur Blutung kommt. Der Austritt hämoglobinhaltigen Serums, der im AUSPITZschen Versuch wenigstens das Vorstadium der Blutung bildete, wird sich dann vielleicht aus derselben Ursache wie die Blutung erklären.

Während früher im allgemeinen die Blutungen bei Syphilis für Diapedesisblutungen gehalten wurden, wurde mit der Vervollkommnung der Technik und der Untersuchungsmethoden die Zahl der nachgewiesenen Rhexisblutungen immer gröſser. Soviel ist aber sicher und von allen anerkannt, daſs neben den Rhexisblutungen auch Blutungen per diapesim in die Haut vorkommen.

Uns liegt diese Frage hier ferner, weil es sich bei uns natürlich um keine Rhexisblutung, aber auch um keine Diapedesisblutung im eigentlichsten Sinne handelt; mehr interessiert uns, zu wissen, aus welchem Grunde es bei der Lues zur Blutung kommt, sei sie nun eine Rhexis-, sei sie eine Diapedesisblutung.

Der Annahme BEHRENDS, es handele sich um eine durch das Syphiliskontagium hervorgerufene Veränderung des Blutes im Sinne einer schwerer eintretenden Gerinnung, können wir uns nicht anschlieſsen. Sie ist durch nichts bewiesen, sie läſst die tatsächlich vorkommenden histologischen Veränderungen auſser Betracht, sie wird ferner dadurch widerlegt, daſs syphilitische Exantheme bei wirklich Hämophilen nie hämorrhagisch wurden.

Dagegen spielen bei der Ursache der Blutungen sicher Gefäſsveränderungen eine groſse Rolle. Der ersten Arbeit über syphilitische Veränderungen an den Arterien von HEUBNER folgten bald Veröffentlichungen über ähnliche Erkrankungen der Hautvenen und -Kapillaren von verschiedenen Autoren. So die schon erwähnte Publikation MRAČEKS über Gefäſsveränderungen bei hereditär-luetischen Kindern, die Arbeit PICCARDIS und andere mehr.

KOGERER fand ausgebreitete Endarteriitis der Hautgefäſse mit Verdickung aller Gefäſswände, hyaliner Entartung und teilweise fettiger

Degeneration derselben, mit Wucherung des Endothels bis zum Verschluſs der Gefäſslumina. Er leitet die Blutung her aus der durch die Gefäſsverschlieſsung und Thrombenbildung bewirkten Stauung.

Doch konnten andere Autoren das regelmäſsige Vorkommen und eine gleiche Ausdehnung der Gefäſsveränderungen nicht bestätigen. Dazu kommt die Beobachtung, daſs bei gewissen fibrinösen Entzündungen, dem Erysipel, der progressiven Phlegmone, der Elephantiasis nostras sich viel ausgedehntere Verstopfungen der Hautgefäſse durch Thromben finden, und doch kommt es hier nicht zur Blutung.

Unna leugnet aus diesem Grunde einen wesentlichen Einfluſs der Gefäſsverstopfungen, geschehe sie durch obturierende Endophlebitis, geschehe sie durch Thrombenbildung; er nimmt einen besonderen chemischen Einfluſs an, der von spezifischen Bakterien ausgeübt, eine Blutung hervorrufe.

Wie dieser nun wirkt, ist nicht bekannt; ob die Gefäſswände durch die Wirkung der Toxine durchlässiger werden, ob gewisse „vielleicht chemotaktische Kräfte aufgefunden werden, welche eine uns unbekannte Form der Blutkörperchenbewegung veranlassen“ (Unna), das alles gehört durchaus zum Gebiet der Theorie.

Kommen wir nun auf unseren Fall wieder zurück.

Wir fanden in unserem Präparat eine starke Anfüllung der Gefäſse mit roten Blutkörperchen und eine ausgedehnte seröse Durchtränkung des Gewebes. Ist diese seröse Flüssigkeit, die nach dem klinischen Bilde Hämoglobin enthalten muſste, nun wie bei den Auspitzschen Stauungsflecken ein Transsudat, ist es nicht vielmehr entzündliches Ödem und erklärt sich nicht ebensogut durch eine örtliche Entzündung die pralle Anfüllung der Gefäſse mit Blutkörperchen? Das gänzliche Fehlen der Leukocyten, jener vornehmlichsten Zeugen der Entzündung im Gewebe, läſst uns diese Frage mit Bestimmtheit verneinen. Es kann sich in der Tat nur um ein Transsudat handeln.

Die in unserem Präparat gefundenen Wucherungen an der Intima der Venen und Kapillaren, die stellenweise zum Verschluſs führte, muſs eine gewisse Stauung hervorrufen, und die Anfüllung der zum Teil maximal erweiterten Gefäſse läſst sich als Ausdruck der Stauung deuten.

Wir haben aber gesehen, daſs wir mit der Stauung allein nicht auskommen, wir muſsten Unnas Theorie von einer spezifischen Bakterienwirkung zu Hilfe nehmen.

Wir könnten uns die Sache vielleicht so vorstellen:

Durch die Gefäſsveränderungen und -Verstopfungen kam es zu einer gewissen Stauung. Diese hätte bei normalen Gefäſswänden nur ganz vorübergehende Veränderungen gemacht. Die Gefäſse waren aber durch spezifische Bakterienwirkung alteriert, durchlässiger geworden. Die Folgen

der Stauung traten auf. Wie bei dem AUSPITZschen Versuch, solange die Stauung noch nicht vollkommen und von langer Dauer war, nur hämoglobinhaltiges Serum aus den Gefäßen austrat, so auch hier. Es kam nicht zur Blutung, weil noch geringer Abfluß aus dem Stauungsgebiet vorhanden war.

Zum Schlusse erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. VON DÜRING, für die gütige Überlassung des Materials und die mir bei der Arbeit gewährte Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

AUSPITZ, Über venöse Stauung der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1874.
BÄLZ, Über hämorrhagische Syphilis. *Arch. f. Heilkunde.* 1875. XVI.
BEHREND, Über Syphilis haemorrhagica. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1884.
DOMINICI, Purpura. *La pratique dermatologique* (BESNIER, BROQUE, JACQUET). Bd. IV.
DEAHNE, Ein Fall von hämorrhagischer Syphilis. *Württemb. Korrespondenzbl.* 1879. XLIX.
HARTMANN und PIGNOT, Hémorrhagie et Syphilis. *Ann. de dermatol. et de Syphiligr.* 1886. Bd. VII.
HORROWITZ, Zur Kenntnis der hämorrhagischen Syphilis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1886.
VON KOGERER, Zur Entstehung der Hauthämorrhagien. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. X. Heft 3.
LANG, Wiener dermatologische Gesellschaft. *Arch. f. Derm. u. Syph* 1899. Bd. 48.
MRAČEK, Syphilis haemorrhagica neonatorum. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1887. Bd. 19.
NEUMANN, Wiener dermatologische Gesellschaft. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 36.
PETERSEN, Über Syphilis haemorrhagica neonatorum. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1883.
PICCARDI, Syphiloderma haemorrhagicum adultorum. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 50.
VÖRNER, Über Syphilis und Hämorrhagie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1905. Bd. 76.
UNNA, *Histiopathologie der Hautkrankheiten.* VIII. Lieferung von ORTHS Lehrbuch der spez. pathologischen Anatomie.

Über Santyl, ein neues Antigonorrhoicum.

Von

Dr. med. R. KAUFMANN-Frankfurt a. M.

Während bis vor etwa zehn Jahren die Therapie der akuten Gonorrhoe eine vorwiegend diätetische und exspektative war, beginnt man nach dem Vorschlage NEISSERS sofort mit Injektionen, und zwar in erster Linie mit den organischen Silberverbindungen. Es läfst sich nun in der Tat nicht leugnen, dafs die Resultate in der ambulanten Praxis bei lokaler Therapie zum mindesten nicht schlechter sind als bei der früheren Behandlung, und dafs die gefürchteten Komplikationen des Trippers keineswegs häufiger auftreten. Aber die hohen Erwartungen, die man bezüglich einer schnelleren und gründlicheren Heilung gehegt hatte, haben sich leider nicht erfüllt. Auch die Abortivkuren mit starkem Arg. nitric. oder organischen Silberpräparaten nach der Methode NEISSERS, BLASCHKOS oder mit den JANETschen Spülungen geben keineswegs glänzende Resultate. Wir selbst haben derartig ungünstige Erfahrungen mit Abortivkuren gemacht, dafs wir einstweilen uns nicht mehr zu solchen entschliefsen können. Dagegen halten auch wir es für richtig, wenn irgend angängig und die Entzündung nicht allzu hochgradig ist, sofort mit lokaler Behandlung zu beginnen. Am meisten bewährt haben sich uns schwache Lösungen ($^1/_4$—$^1/_2$%ige) von Argonin oder von Protargol, die wir für gleich gut halten. Aber wir legen nach wie vor das Hauptgewicht auf strenge Beobachtung der diätetischen Vorschriften. Neben der lokalen Behandlung geben wir aber, wenn irgend möglich, interne Balsamica, und es kann nach unserer Erfahrung nicht bezweifelt werden, dafs bei Kombination der drei erwähnten therapeutischen Mafsnahmen der Verlauf der akuten Urethritis ein viel milderer und schnellerer ist und dafs insbesondere Komplikationen viel seltener sind. Dafs ein grofser Teil der Fälle trotzdem nicht ausheilt, das wird von nüchternen Beobachtern entgegen manchen der wenig objektiven Lobpreiser neuer Präparate immer wieder hervorgehoben und von jenen Forschern betont, dafs wir die Fälle, in welchen periurethrale und periglanduläre Entzündungen sich etabliert haben, auf diese Weise allein nicht heilen können.[1]

---

[1] Vergl. den sehr lesenswerten Aufsatz von M. MOELLER, „Blennorrhoebeobachtungen bei Männern". *Arch. f. Dermat. u. Syphilis.* 1904. 71. Bd.

Was nun die Balsamica betrifft, so ist deren Gebrauch leider mit manchen Unannehmlichkeiten verknüpft, wovon ich den schlechten Geschmack, den unangenehmen Geruch, der sich oft der Exspirationsluft oder dem Schweifse mitteilt, Exanthem sowie Aufstofsen und Schmerzen in der Nierengegend hervorhebe. Infolgedessen müssen wir in vielen Fällen auf die Anwendung dieser wertvollen Mittel verzichten resp. den weiteren Gebrauch derselben inhibieren. Wir haben schon vor etwa acht Jahren gemeinsam mit Herrn Dr. VIETH in Ludwigshafen, dem die Dermatotherapie bereits mehrere wertvolle Verbesserungen altbekannter Mittel verdankt, die Bearbeitung der Balsamica im Sinne der möglichsten Ausschaltung der Nebenwirkungen bei voller Erhaltung der therapeutischen Wirksamkeit in Angriff genommen. Seinen Bemühungen ist es nunmehr gelungen, dieses Ziel zu erreichen. Herr VIETH hat über seine Versuche in der Dermatologischen Sektion der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran berichtet. Wir selbst, die wir den therapeutischen Teil dieser Studien übernommen hatten, glauben, dafs die Mitteilung einiger unserer Erfahrungen mit den wichtigsten der dargestellten Präparate nicht ohne Interesse sein dürfte.

Zunächst wurde Balsam. copaivae bearbeitet. Es zeigte sich, dafs die Wirkung der Kopaivaharze milder ist als die der im Balsam. copaivae enthaltenen Öle, welche leicht Magen- und Nierenreizung machen, während das reine Harz mehr auf den Darm wirkt und leicht Durchfall erzeugen kann. Es ergab sich, dafs das vom Öl gereinigte Kopaivaharz eine zweifellos günstige Wirkung auf den gonorrhoischen Prozefs ausübt. Wenn wir aber gedacht hatten, dafs speziell das Kopaivaexanthem bei diesem gereinigten Präparat ausbleiben werde, so erwies sich dies als Irrtum, und ich habe in drei Fällen hochgradige Ausschläge gesehen. In einem Falle trat das Exanthem bei einem Patienten auf, als ich seine Prostata galvanisiert hatte. Später nahm er das Präparat wieder längere Zeit, ohne dafs der Ausschlag sich wiederholte. Ob durch die Galvanisation das Auftreten des Exanthems begünstigt wurde, vermag ich nicht zu sagen. Ich habe weiter das von Dr. VIETH dargestellte Benzoylkopaivaharz gegeben. Während ich mit diesem Präparat bei kleinen Dosen keine besondere Wirkung sah, erhielt ich ausgezeichnete Resultate, als ich die Dosis steigerte und die Patienten täglich 3 bis 4 g nehmen liefs. Vor allem verursachte das Mittel weder Aufstofsen noch Nierenschmerzen, auch konnte ich niemals Eiweifs im Urin nachweisen. Andererseits mufste das Mittel seiner zähen Beschaffenheit wegen in Kapseln gegeben werden. Ein weiterer Nachteil war, dafs es in grofsen Quantitäten genommen werden mufste. Auch sahen wir bei zwei Patienten Auftreten von Kopaivaexanthem. Ausgehend von der Beobachtung, auf die auch v. ZEISSL aufmerksam macht, dafs die Harzsäuren in Verbindung mit Öl in kleineren

Dosen wirksam sind[2], wurden nun verschiedene Mischungen des Benzoyl-Kopaivaharzes mit Kopaivaöl oder Sandelöl usw. versucht. Es waren diese in der Tat therapeutisch wirksamer; dafür traten aber die unangenehmen Nebenwirkungen seitens des Magens und der Nieren, die jenen Ölen eigen sind, wenn auch in geringerem Maſse als bei den gewöhnlichen Präparaten, auf.

In ein neues Stadium traten unsere Versuche, als es Dr. VIETH gelungen war, den Benzoesäureester des Sandelöls und später auch den Salicylsäureester des Sandelöles darzustellen. Mit der Benzoesäureverbindung erzielten wir bereits gute Resultate. Da wir jedoch bei gleichen Vorzügen mit dem Salicylsäuresantalolester noch bessere therapeutische Wirkung sahen, wollen wir, um Wiederholungen zu vermeiden, in folgendem nur von diesem Präparate, über das uns auch reichere Erfahrungen zu Gebote stehen, berichten:

Der Salicylsäureester des Santalols, welcher unter dem Namen „Santyl" von der chemischen Fabrik Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh., in den Handel gebracht wird, ist ein gelbes Öl, das einen leichten, aromatischen Geruch besitzt. Es ist fast geschmacklos, so daſs es ohne irgendwelche Beschwerden in Tropfenform genommen werden kann. Am besten nimmt man es in Milch, wo es dann vollständig geschmacklos ist. Wir glauben, daſs dieses sehr wichtig ist, weil nach unseren Erfahrungen Santal in Tropfen weit wirksamer ist als in Kapseln. Einerseits gibt es nicht wenige Patienten, welche Kapseln und sogar Pillen nicht oder nur schwer einnehmen können, andererseits ist es sicher, daſs Gelatinekapseln entweder unaufgelöst mit dem Kot abgehen können oder erst im unteren Darmabschnitt aufgelöst werden, wo das Öl nicht mehr zur Resorption gelangt. Ein weiterer Vorzug des Mittels besteht darin, daſs es sich in der Exspirationsluft nicht bemerkbar macht, was z. B. beim Gonorol eine unerwünschte Beigabe ist. Man kann sogar 50 bis 60 Tropfen auf einmal nehmen lassen, ohne daſs irgendwelche Beschwerden seitens des Magens oder Darmes sich bemerkbar machen. Auch können wir die Angaben von Dr. VIETH, daſs es keine Nierenreizungen bewirkt, nur bestätigen. Wir haben das Mittel an etwa 45 Patienten angewandt, und zwar ausschlieſslich in Form von Tropfen. Gewöhnlich lieſsen wir dreimal täglich 25 bis 30 Tropfen nach dem Essen oder während des Essens nehmen. Unser Rat, es in Milch zu nehmen, wurde von den meisten Patienten befolgt. Doch wurde es auch pur oder mit Wasser gern und anstandslos genommen. In neuerer Zeit lieſs ich statt dreimal das Mittel zweimal täglich nehmen, und zwar morgens und abends, aber in gröſserer Dosis

[2] v. ZEISSL, „Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers und seiner Komplikationen." Berlin-Wien 1902. S. 37.

nämlich je 40 bis 50 Tropfen. Gerade im akuten Stadium der Gonorrhoe scheint diese Form der Anwendung besonders wirksam zu sein, da dadurch gröfsere Mengen des Öls auf einmal in die Zirkulation und in den Harn gelangen.

Von den 45 Patienten litten 30 an akuter, 8 an chronischer Gonorrhoe, 3, worunter eine Frau, an chronischer Cystitis nichtgonorrhoischen Ursprungs, die übrigen an postgonorrhoischen nervösen Beschwerden in den Harnorganen, ohne objektiv nachweisbare Veränderungen. Allein durch das Mittel wurden zwei Patienten vollständig geheilt. Ich bemerke, dafs ich nur solche Fälle als vollständig geheilt betrachte, welche keine Fäden mehr im Urin haben und bei welchen auch die endoskopische Untersuchung keine krankhaften Veränderungen mehr ergibt. Wenn man diese strenge, aber einzig zuverlässige Forderung stellt, wird man allerdings nicht mit so glänzenden Zahlen aufwarten können, als wie wenn man die Frage der Heilung einzig und allein von der Abwesenheit der Gonokokken abhängig macht. In den übrigen Fällen wurden die Kranken entweder gleichzeitig oder vorher oder nachher lokal behandelt. In keinem der Fälle entstand eine Epididymitis und nur in einem trat Cystitis hinzu. Geradezu glänzend bewährte sich Santyl bei Gonorrhoea posterior. Hier trat in mehreren Fällen bei Bettruhe, Diät und Santyl in wenigen Tagen eine auffallende Besserung ein. Der Urindrang liefs nach und die Schmerzen wurden geringer und schon nach wenigen Tagen war der trübe Urin ganz klar. Wir glauben auch, wie ja bisher auch die Mehrzahl der Urologen annahm, dafs Santal seine Hauptwirksamkeit bei der Urethritis posterior entfaltet, dafs es bei der Anterior mehr prophylaktisch wirkt, indem es ein Übergreifen auf die Pars posterior verhütet. Damit stimmen unsere bisherigen zahlreichen Beobachtungen mit Santalpräparaten und speziell auch unsere Erfahrungen mit Santyl. Wenn nun in neuester Zeit von gewissen neuen Santalpräparaten behauptet wird, dafs sie allein in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ohne lokale Behandlung akute Gonorrhoeen zu heilen vermögen, so mufs ich dieser Behauptung auf Grund meiner eigenen Erfahrung ganz entschieden widersprechen, und ich kann mich auf das Zeugnis einer Anzahl Kollegen berufen, die zu genau demselben Resultate gekommen sind. Ebenso hörte ich mehrfach von Patienten Klagen über unangenehme Nebenwirkungen wie Aufstofsen und Schmerzen in der Nierengegend, nach Genufs eines Mittels, das gerade jetzt sehr in Mode gekommen ist und welchem als Vorzüge gerade die Abwesenheit der eben erwähnten unangenehmen Eigenschaften nachgerühmt werden.

Jedenfalls wirkte Santyl in diesen Fällen bessernd. Von nur geringer Einwirkung war es bei der chronischen Gonorrhoe. Immerhin konnte ich auch hier mehrmals eine wesentliche Verminderung der Sekretion beob-

achten. Von den drei Fällen mit chronischer Cystitis war der eine ein Prostatiker und eine Patientin hatte eine chronische Cystitis unbekannten Ursprungs. In beiden Fällen versagte das Mittel. Hingegen konnte ich bei einem jungen Manne, der an einer sehr hartnäckigen Cystitis, verursacht durch Bact. coli, litt, eine vollständige Klärung des Urins konstatieren, doch trübte sich der Urin etwa acht Tage später wieder, als der Patient das Mittel nicht mehr nahm, und nun trat eine Besserung wohl ein, die Trübung selbst schwand aber erst nach Einnehmen von Urotropin. Die Formaldehydpräparate sind bekanntlich bei nicht gonorrhoischer Cystitis den Balsamicis überhaupt vorzuziehen. Sehr zweckmäfsig ist es, Santyl gemeinsam mit Urotropin (Hexamethylamin) dreimal täglich 0,5 bei Cystitis und Gon. posterior zu verordnen.

Sehr gut wirkte aber Santyl in den übrigen Fällen. Es waren Störungen mehr nervöser Natur bei Patienten, die an Gonorrhoe gelitten hatten und bei welchen objektiv nichts mehr nachweisbar war. Diese Beschwerden bestehen in Kitzeln und Brennen in der Harnröhre gewöhnlich nach dem Urinieren, oft aber auch unabhängig von der Miktion; ferner wird von den Kranken über unangenehmes Nachtröpfeln nach dem Urinieren geklagt. In vielen Fällen ist bei diesen Patienten eine Prostatitis vorhanden, worauf vor kurzem noch v. NOTTHAFFT[3] aufmerksam gemacht hat. Aber oft findet man nichts. Es handelt sich anscheinend um kleine submuköse Infiltrate oder Narben in der Harnröhre, welche auf die Nerven einen Druck ausüben. Bei solchen Kranken, die vielfach als zu dem grofsen Heere der sexuellen Neurastheniker gehörend betrachtet werden, die gewöhnlich von einem Urologen zum anderen wandern und die Hauptklientel der Kurpfuscher bilden, hat sich gerade Santyl ausgezeichnet bewährt. Wir glauben, dafs hier die zweite Komponente dieses Präparates, die Salicylsäure, sich bemerkbar macht. Wir schliefsen dieses daraus, dafs wir mit der Acetylsalicylsäure gleichfalls bei dieser Affektion bedeutende Besserung erzielten. In sämtlichen Fällen verschwanden die Beschwerden ganz oder fast ganz; ob eine dauernde Heilung möglich ist, das mufs die weitere Beobachtung lehren.

Jedenfalls geht aus dem oben Gesagten hervor, dafs Santyl an Wirkung dem Santalol und den sonstigen Sandelpräparaten keineswegs nachsteht.

Die Frage, wie die Balsamica bei Gonorrhoe wirken, ist noch immer nicht geklärt. Nach dem bekannten Versuche von RICORD und den Versuchen von H. V. ZEISSL[4] und WEIKART[5] nimmt man an, dafs sie als

[3] „Über scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen." *Arch. f. Dermat. u. Syphilis.* 1904. 70. Bd.

[4] *Wien. med. Wochenschr.* 1863. Nr. 7.

[5] WAGNERS *Arch. f. Heilk.* 1860.

Harzsäuren in den Harn übergehen und als solche wirken. Ich habe daraufhin vor drei Jahren notorisch Gesunden gröfsere Mengen von Balsam. copaivae gegeben, die Harzsäure mittels Salpetersäure ausgefällt, aus dem Urin extrahiert und wieder aufgelöst und dann zuverlässigen Patienten, worunter ein junger Kollege sich befand, zur Selbstinjektion gegeben. Ich konnte bei drei Patienten, die sich 14 Tage bis drei Wochen diese Injektionen machen liefsen, absolut keine Besserung konstatieren. Ein befreundeter junger Chemiker, der eine akute Gonorrhoe akquirierte und dem ich von diesen Versuchen erzählte, machte folgenden Versuch. Er veranlafste seinen gesunden, älteren Bruder, Balsam. copaivae zu nehmen; er nahm es selbst auch intern und spritzte sich den frisch gelassenen Urin seines Bruders täglich vier- bis fünfmal, und zwar mehrere Male hintereinander, ein. Der Ausflufs wurde aber so stark, dafs er schon nach acht Tagen genötigt war, meine Hilfe in Anspruch zu nehmen und ich ihm von der Fortsetzung dieses gefährlichen Experiments abraten mufste. Jedenfalls bedarf die Sache einer gründlichen Nachprüfung an klinischem Material. Wir sind geneigt, anzunehmen, dafs auch hier wieder, wie leider schon öfter in der Venereologie, ein einziges Experiment zum Schaden für unsere Wissenschaft verallgemeinert worden ist, und dafs es sich hier um eine der vielen Behauptungen des grofsen französischen Syphilidologen handelt, die einer strengen Kritik nicht standhalten.

Auch die Erklärung Schmiedebergs[6], für die J. Bloch[7] neuerdings so warm eingetreten ist, dafs der Harn dadurch aseptisch gemacht, seine Zersetzung erschwert und dadurch die Heilung beschleunigt wird, halten wir deshalb nicht für ausreichend, weil man speziell in subakuten Fällen von Gonorrhoe eine deutliche Minderung der Sekretion beobachten kann. Unseres Erachtens wirkt Sandelöl nicht nur durch seinen Übertritt in den Urin, sondern auch direkt auf dem Wege der Blutzirkulation auf die erkrankte Urethralschleimhaut, und speziell auf die hintere Partie derselben. In welcher Weise, ob adstringierend oder ob seine Wirkung sich auf die Drüsen der Urethralschleimhaut beschränkt, darüber gaben uns unsere Beobachtungen, vor allem auch endoskopische, keinen Aufschlufs. Übrigens wirkte Santyl auch im Sinne einer Ruhigstellung, indem der Miktionsdrang „deutlich herabgesetzt“ wurde. Nebenbei bemerkt, wirkte Santyl in zwei sehr hartnäckigen Fällen von Urticaria lokal ausgezeichnet, indem das Jucken aufhörte und die behandelten Quaddeln schon am nächsten Tage vollständig verschwunden waren.

---

[6] „Grundrifs der Arzneimittellehre.“ 2. Aufl. 1888. S. 161.

[7] „Über die Wirkung des ostindischen Sandelholzöles beim Tripper.“ *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 26. Bd. S. 284.

Wenn wir nun zum Schlusse unsere Erfahrungen mit Santyl zusammenfassen, so ergibt sich, dafs wir in ihm ein Mittel gefunden haben, welches die Vorzüge eines guten Santalpräparates in jeder Hinsicht besitzt und zugleich auch die geschätzte Wirkung der Salicylsäure aufweist. Vor den bisher bekannten Balsamicis hat es aber den Vorzug, dafs es, weil fast geruch- und geschmacklos, sich leicht in Tropfenform nehmen läfst, absolut keine Beschwerden seitens des Magens und Darmkanals erzeugt und auch unangenehme Nebenwirkungen auf die Nieren so gut wie vollständig ausgeschlossen sind. Wir erblicken in der Einführung dieses neuen Santalpräparates eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes.

Das Präparat ist in kleinen Tropfflaschen in den Apotheken erhältlich. Man verordnet: Ein Fläschchen Santyl-Knoll, dreimal täglich 30 Tropfen, in Milch zu nehmen.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. November 1905.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Blank demonstriert einen Fall von **Pityriasis lichenoides chronica**, der sich durch auffallend derbe und auch mikroskopisch stark infiltrierte Knötchen auszeichnet.

2. Blank demonstriert das von ihm zusammengestellte **aseptische Taschen-Injektionsbesteck**, welches gestattet, für Trippereinspritzungen den Tagesbedarf in bequemer, kompendiöser Form mitzuführen. (Fabrikant Hoffmann & Co., Potsdam Preis Mk. 3,50.)

3. Isaac II demonstriert einen Mann mittleren Alters, dem 1893 die Leistendrüsen beiderseits wegen Bubo ausgeräumt worden waren und der später Lues akquiriert und mit mehreren Kuren behandelt hatte. Seit 14 Tagen ist eine **starke Schwellung des Penis und Skrotum** eingetreten, welche als Folge des behinderten Lymphabflusses anzusehen ist.

4. Blaschko demonstriert zwei Frauen, deren eine, etwa 45jährig, das ausgeprägte Bild der **idiopathischen Hautatrophie** an Armen und Beinen zeigt; an den Beinen sind rundliche, etwa zehnpfennigstückgrofse, stärker atrophische Plaques vorhanden, wohl infolge mechanischer Insulte, dem allgemeinen Prozefs in der Entwicklung voraufgeeilte Stellen. Sie sind den **Striae atrophicae** vergleichbar. Die andere Patientin, ein 17jähriges Mädchen, zeigt an ihren Unterschenkeln den **Beginn der Affektion**, derbe glänzende Infiltration. Die Teile sind merklich kälter als die übrige Haut. B. möchte die Affektion vielmehr als eine Angiotrophoneurose denn als eine Entzündung (Acrodermatitis atrophicans nach Herxheimer) betrachten.

Diskussion: Lippmann spricht über den Zusammenhang der idiopathischen Hautatrophie mit Erythromelie, Heller über die verschiedenen Arten der Entstehung, welche es seiner Auffassung nach gibt.

5. Pinkus demonstriert ein 20jähriges Mädchen mit **streifenförmiger Sklerodermie** am Oberarm volar, Vorderarm volar und am Daumenmetacarpus dorsal. Es besteht eine Übereinstimmung mit dem Laufe der Vena cephalica und der Lymphbahnen, aber keine Einheit der Nervenversorgung.

6. Saalfeld demonstriert eine junge Frau mit **Psoriasis cornea** (dicke stalagmitenartige graue Beläge an den Unterschenkeln).

7. Saalfeld demonstriert ein **Instrument zur elektrolytischen Warzenentfernung** (Ring mit zehn radiär nach innen gerichteten Nadeln zum Anschluſs an den negativen Pol, Fabrikant Sanitas, Preis Mk. 24,00).

8. Saalfeld demonstriert Schleifenbildungen in Pubeshaaren; die Affektion ist von Galewski auf der Naturforscherversammlung als **Trichonodosis** besprochen worden.

Diskussion: Pinkus hat diese Schleifen oft gesehen, und sie namentlich an den freien Enden etwas abgeplatteter Frauenhaare (nierenförmiger Querschnitt) nicht selten gefunden.

9. Bruhns hält einen Vortrag über **Aortitis syphilitica**. Man findet die Gefäſse begleitende Rundzellenanhäufungen in den Wänden der Aorta ziemlich häufig bei hereditärer Syphilis. Nach diesem häufigen Vorkommen wäre es vielleicht angebracht, auch beim Erwachsenen diffusen Infiltraten der Aortenwand gegenüber nicht allzu skeptisch bezüglich Annahme der luetischen Natur zu sein. Möglicherweise treten auch hier sichersyphilitische Veränderungen zuweilen diffus und nicht immer als Gummibildungen auf.

Diskussion: F. Lesser erwähnt die Marchandschen Adventitialzellen, welche in der Norm vorkommen und Lymphzellenanhäufungen in der Aortenwand darstellen. Er fragt nach dem Vorhandensein mikroskopisch sichtbarer Fältelungen. Letztere werden von Bruhns als Zeichen der Heilung eines Gummi angesehen, nach dessen Schwund sie durch Zusammenwirken der deckenden Gefäſsinnenwand zurückbleiben. Die Marchandschen Follikelbildungen sind meistens knotenförmig circumskripter als die bei Syphilis beobachteten Infiltrate.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVI, Heft 9.

Urotropin, Hetralin, Helmitol, Uritone, Gonosan und Arhovin bei Cystitis, von M. Porosz. Bei blennorrhoischer Cystitis hat Verfasser die Mittel nicht versucht, da er mit seiner Methode der Behandlung mit Acid nitricum zufrieden war. Bei Cystitis infolge von Prostatahypertrophie probierte er sie der Reihe nach und fand, daſs immer das zuletzt gegebene am besten wirkte. Oft bemerkte er dabei starke Vermehrung des Schleims in der Blase. Ein junger Mann mit postblennorrhoischer Prostatitis wurde durch Arhovin geheilt. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte für Urologie

1905. Band X, Heft 9.

Beiträge zu der Frage der paraurethralen blennorrhoischen Erkrankungen, von Max Winkler-Bern. Von den drei Fällen, welche W. beschreibt, betraf der

eine den ziemlich seltenen Befund einer auf der Unterseite des Präputiums gelegenen Cyste, die bei dem vor drei Wochen blennorrhoisch infizierten jungen Mann (von 21 Jahren) etwa kirschkerngroſs und mit Eiter gefüllt war, derselbe enthielt reichlich Gonokokken. — Der zweite Fall, einen 28jährigen Patienten mit blennorrhoischer Urethritis anterior und posterior betreffend, zeigte einige derbe Knoten im Präputium, die sich nach der Exzision und mikroskopischen Untersuchung als präputiale Gänge erwiesen; in ähnlicher Weise waren in dem dritten Falle paraurethrale Gänge vorhanden, die sich als Eiterpusteln dargestellt hatten. Der histologische Befund der Cyste stimmte mit dem der paraurethralen, blennorrhoisch infizierten Gänge überein, d. h. es war nur eine oberflächliche Epithelinfektion nachzuweisen ohne Gonokokken im Bindegewebe. Während die Blennorrhoe der paraurethralen Gänge bekanntlich schon ein genau studiertes Vorkommnis ist, bezeichnet W. die Infektion der Cysten als selten und noch wenig beachtet. Zum Schlusse bespricht er noch die Frage der Gonokokkenfärbung und erklärt die Ziehlsche Methode als sehr gut und zuverlässig, wiewohl ziemlich viel Zeit kostend; für Schnellfärbung eigne sich die Methylenblaumethode immer noch am besten, und zwar nach der Jadassohnschen Form, wobei auch längeres Verweilen der Schnitte in Alkohol absol. (zur Entwässerung) die Gonokokkenfärbung nicht beeinträchtige.

Zur Technik der Spermauntersuchungen, von Wederhake - Elberfeld. Für die Untersuchung des Sperma ist es von groſser Wichtigkeit, die Konservierungsflüssigkeiten möglichst zu vermeiden; der Semen muſs daher vollständig steril aufbewahrt werden. Die Aufbewahrung geschieht ohne jedes Konservierungsmittel in stets gut verschlossenen Gefäſsen, der Inhalt darf nur mit frisch ausgeglühten Platinösen entnommen werden; ein so aufbewahrtes Semen hält sich monatelang ohne jeden Zusatz unverändert. Nicht nur um die Lebenstätigkeit der Spermatozoen zu beobachten, sondern auch, ob überhaupt, in welcher Form und Zahl sie vorhanden sind, ist die Untersuchung in frischem Präparat sehr wichtig; dieselbe muſs aber noch durch die Untersuchung im fixierten und gefärbten Präparat ergänzt werden. W. empfiehlt die einfache Fixierung in 70%igem Alkohol, die für die meisten Zwecke ausreiche und vorzügliche Resultate gebe; nach der Fixierung in Alkohol kurzes Abspülen in Wasser, Nachhärtungen in Ätheralkohol (eine Stunde), für manche Zwecke, z. B. Entfernung des Lecithins, sehr geeignet. Als vorzügliche Färbemethoden sind die von Pick und Jadassohn angegebene Fuchsin - Methylenblaulösung (zwei Minuten lang, dann Abspülen mit Wasser, wobei die Köpfe der Spermatozoen blau, das Protoplasma rot gefärbt ist), ferner Methylgrün - Eosin (Köpfe grün, Schwänze und Protoplasma rot), Methylgrün mit Croceinscharlach und bei allen Methoden Untersuchung in Glycerin oder Farrantscher Flüssigkeit (auf dem Objektträger). Zur Untersuchung von auf Sperma verdächtigen Flecken in der gerichtlichen Medizin ist die Jod-Croceinscharlachfärbung wertvoll; man löst den verdächtigen Fleck mit physiologischer Kochsalzlösung ab, zentrifugiert, gieſst die über dem Sedimente befindliche Flüssigkeit ab, setzt einen Tropfen Jodtinktur zu usf. Als ausgezeichneten Spermafarbstoff rühmt W. schlieſslich noch das Safranin (1,0 : 30%igen Alkohol 100,0, Aqu. dest. 200,0) und zur Färbung des Lecithins Sudan mit Methylgrün.

Weiteres über Katheterisierilisation, von O. Grosse-München. Als Nachtrag zu seiner früheren Arbeit (referiert in *diesen Monatsheften* Bd. 41, Nr. 8, S. 375) erwähnt Grosse, daſs man bei seinem Universalsterilisator eine Vorrichtung zur Sterilisation von Cystoskopen vermissen dürfte; für diese Zwecke eigne sich aber am besten der von Casper empfohlene Seifenspiritus. *Stern-München.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
Jahrg. II, Heft 9.

Die Flasche „Simplex" zu Injektionen bei Blennorrhoe, von A. Strauss-Barmen. Der Hauptvorzug dieser Flasche, welche Verfasser schon früher genau beschrieben hat, besteht darin, dafs der (gut eingeschliffene) Glasverschlufs weit genug ausgezogen ist, um eine Injektionsspritze aufzunehmen. Zugleich dient dieser Verschlufs dazu, zur jedesmaligen Injektion eine genügende Menge der Flüssigkeit aufzunehmen. Somit kommt die Spritze niemals mit der Stammlösung in Berührung. Jetzt haben diese Flaschen auch die vorschriftsmäfsige sechseckige Form erhalten. Hergestellt werden sie zu 100 resp. 200 g Inhalt von der Glasfabrik H. Lamprecht in Breitenstein im Harz.

Über sexuelle Neurasthenie, von M. A. Stern. (Fortsetzung.) An weiteren Symptomen sind ferner solche von seiten der Harnorgane zu nennen: Parästhesien in der Harnröhre, abnorm häufiger Urindrang, Abnormitäten bei der Urinentleerung wie Schwierigkeiten in dem Zustandekommen des Beginnes der nötigen Blasenkontraktionen, Brennen oder Jucken in der Harnröhre und Unfähigkeit, die Blase vollständig zu entleeren. Aufserdem ist zuweilen Oxalurie oder Phosphaturie zu konstatieren und event. (v. Notthafft) eine ausgesprochene Urethritis. Das Glied ist oft schlaff, die Hoden klein und weich, der Cremasterreflex herabgesetzt. Spermatorrhoe oder Prostatorrhoe findet sich nicht ganz selten. Störungen im Verlaufe des Geschlechtsaktes sind natürlich auch häufig zu bemerken. Sehr oft wird über Schmerz und Schwächegefühl im Rücken geklagt. In einzelnen der ausführlicher mitgeteilten Fälle klagten die Patienten über Gedächtnisschwäche, Unfähigkeit, die Gedanken längere Zeit auf irgendeinen Gegenstand zu konzentrieren, sowie über Kopfschmerzen verschiedenen Grades, Schwindel, Angstgefühl, Schlaflosigkeit usw. Ferner berichtet S. über einen Fall von Psoriasis vulgaris bei einem Neurastheniker, welcher längere Zeit, wenn auch mit Unterbrechungen, den Coitus reservatus ausübte. Bei normalem Geschlechtsverkehr resp. bei Abstinenz verschwand der Ausschlag vollständig, kehrte aber bei Wiederaufnahme des abnormen Verkehrs auch wieder. Abnorm gesteigerte oder auch verminderte Schweifssekretion namentlich an den Handtellern wird auch als eine häufige Erscheinung angeführt. Es sind alle diese Störungen die gleichen, wie man sie als Äufserungen der Nervenschwäche im allgemeinen zu konstatieren pflegt und ihr Zusammenhang mit dem abnormen Geschlechtsleben ist nur begründet durch ihr Auftreten in mehr oder weniger unmittelbarem Zusammenhang mit einem solchen und ihr Verschwinden bei Beseitigung der Causa nocens.

Noch einmal: Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? von M. Marcuse-Berlin. In längerer Auseinandersetzung wendet sich hier M. gegen die Benninghovensche Kritik seiner im vorigen Jahre erschienenen Arbeit über obiges Thema. Wenn B. seine Verurteilung der M.schen Ansichten damit begründet, dafs ihm in seiner Praxis noch kein Fall begegnet sei, wo er den aufserehelichen Geschlechtsverkehr für angezeigt hätte halten können, so entgegnet M., dafs er seinerseits wenn auch nicht viele, so doch wenigstens einige ganz positive Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt habe. Als Beispiel berichtet er über einen älteren, vermögenslosen Cand. phil., der mit einer nicht mehr ganz jungen (annähernd 30 Jahre alten) ebenso armen Beamtin längere Zeit ohne Aussicht auf irgendwie baldige Heiratsmöglichkeit verlobt war. Beide waren schwer neurasthenisch und fast arbeitsunfähig geworden. Als sie sich auf M.s Vorschlag ohne Eheschliefsung dem Geschlechtsverkehr hingaben, erlangten sie beide ihre volle Gesundheit und Arbeitskraft wieder. Hätten die beiden, meint M., so lange warten wollen, bis sie genügend Vermögen für die Ehe hatten, so wären sie zeitlebens kränklich und elend geblieben.

Die Frage der Moralität eines solchen Handelns habe nicht der Arzt, sondern der Patient zu entscheiden. Auch gebe es nicht, selbst für diesen Punkt, eine absolute, für alle Zeiten feststehende Moral, und als einzig unumstöfslicher Grundsatz könne nur das gelten, dafs die Rechte Dritter nicht verletzt werden dürfen. Es soll damit natürlich nicht einer allgemeinen Lizenz das Wort geredet werden, aber dem einsichtsvollen Arzte soll es nicht verwehrt sein, Patienten sowohl männlichen wie weiblichen Geschlechts, welche unter der Einwirkung der Abstinenz wirklich körperlich leiden, das Mittel des aufserehelichen (wenn die Ehe unmöglich ist) Geschlechtsverkehrs vorzuschlagen und dem Patienten die Entscheidung über Befolgung oder Nichtbefolgung des Rates zu überlassen. Zum Schlusse zitiert M. Ruth Bré, welche sich auf den Standpunkt stellt, dafs es unmöglich sei, Naturtriebe in allen Fällen durch gesetzliche oder sonstige Machtgebote zu unterdrücken.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band III. Heft 8 und 9.

1. **Persönliche Ansichten über die Mafsregeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten**, von E. von Düring-Kiel. (Fortsetzung.) Die Bordellfrage interessiert den Verfasser besonders lebhaft. Die Zahl der öffentlichen Häuser ist überall in den grofsen Städten im Abnehmen. Von 235 Bordellen mit 1450 Insassinnen bei 1¼ Million Einwohnern in Paris des Jahres 1841 ist deren Zahl nach Fiaux im Jahre 1900 auf 48 Bordelle mit 504 Mädchen zurückgegangen, wobei die Einwohnerzahl auf 3½ Million gestiegen ist. Ströhmberg berechnet für St. Petersburg gleichfalls ein Sinken von 206 auf 65 beziehentlich für Hamburg von 124 auf 96 während der Jahre 1879—1888 beziehentlich 1859—1867. Man darf wohl daraus auf ein abnehmendes Bedürfnis von öffentlichen Häusern schliefsen. Zudem kommt hinzu, dafs die Wertschätzung der Bordelle seitens der Umwohner heutzutage eine ganz geringe, sogar eine negative geworden ist. Früher, zur Zeit der Restauration, wurde ein Bordell als Hebung der ganzen Stadtgegend betrachtet, heute wird seine Anwesenheit als ein Moment der Entwertung angesehen. Ferner ist die allgemeine Hebung der sozialen Lage der Bevölkerung, wie wir sie heute konstatieren können, den Bordellen ungünstig. Die Not treibt heute weniger Frauen als früher zur Unzucht. Dagegen steigt die Zahl der festen „Verhältnisse". Auch regt sich der menschliche Freiheitsdrang heutzutage auch in den niedersten Schichten so, dafs niemand mehr das Sklavenlos einer Bordelldirne erstrebt. Das öffentliche Haus wird heute hauptsächlich noch von Ärzten und Polizeibeamten befürwortet. Düring hält dagegen die Nachteile der Bordelle für eminente. Der Mädchenhandel kommt durch sie in Blüte. Dasjenige Publikum, für welches das öffentliche Haus angeblich dient, besucht es durchschnittlich gar nicht, wie z. B. der Stand der Soldaten; der Soldat hat seine Braut, seine Köchin, sein Dienstmädchen. Und da will man die Erkrankungsschwankungen bei der Truppe mit Bestehen oder Nichtmehrbestehen der öffentlichen Häuser in Zusammenhang bringen. Der erwachsene Mann der mittleren Schichten zieht auch das Verhältnis dem Bordellmädchen vor. Nur die eben oder kaum reif gewordene Jugend wird von letzteren angezogen, ebenso Angeheiterte; überhaupt wirken die Bordelle verlockend. In moralischer Beziehung bildet es demnach für die Männer eine grofse Gefahr, sogar für jene Männer, die sonst kaum an den aufserehelichen Verkehr sich herangetrauen würden. Die Wirkung des Bordells auf seine Bewohnerinnen ist eine geradezu schreckliche. Und all dies zusammengenommen, erweckt beim Publikum Verwunderung, Entrüstung und sittliches Schwanken, da man doch sonst nicht vom Staate gewöhnt ist,

dafs er unmoralische Faktoren begünstigt. Düring teilt dann mit, dafs in Bremen die berüchtigte Bordellstrafse dem sexuellen Bedürfnis nicht genügt und dort auch die freiwohnende Prostituierte zahlreich vorkommt. Das leuchtet ein, wenn auf die Bremer Männerwelt nur 78 Prostituierte in 26 Häusern entfallen. Diese Bordelle haben für Bremen so wenig praktische Bedeutung wie die 48 Bordelle von Paris für eine Dreiundeinhalbmillionenstadt. Auch hygienisch hat das Bordell nach Ansicht des Verfassers keine Berechtigung. Nach Fiaux beweist zum Beispiel die angeblich für die Bordelle der Bordellstrafsen günstige Bremer Statistik eine starke Vermehrung der Lues nach Eröffnung der Häuser. Die Statistiken erweisen sich auch hier wieder als nach jeder Richtung hin auslegbar. In Norwegen besteht demgegenüber zweifelsfrei seit den 14 Jahren der Abschaffung der Reglementierung keine Zunahme der Syphilis. Wenn die Bordellmädchen als so relativ gesund bezeichnet werden, so darf nicht übersehen werden, dafs die Gesunden zum gröfsten Teil latent Syphilitische sind. Nach Lecour, Mireur, Diday und Sperck sind die Bordellprostituierten dreimal so zahlreich syphilitisch als die Freiwohnenden. Letztere sehen sich, da sie gesund bleiben und weiter verdienen wollen, ihre Besucher genauer an. Ersteren kommt von der Einnahme kein Verdienst zu, sie sind daher auch gleichgültiger gegen den körperlichen Zustand ihrer Kunden. Auf die Verminderung der Strafsenprostitution hat das Bestehen öffentlicher Häuser keinerlei günstigen Einfluls. Eine Kasernierung sämtlicher Prostituierten ist ausgeschlossen, selbst wenn sie vom Staate in die Hand genommen werden würde. Die freie Liebe, die jetzt der sexuellen Befriedigung im Bordell vorgezogen zu werden pflegt, würde doch nicht dabei verschwinden. Welche Kasernen gehörten überdies dazu, für die 30000 bis 50000 Prostituierten Berlins entsprechende Unterkunft zu schaffen! — Des weiteren wendet sich Düring zur Frage der strafrechtlichen Ahndung sexueller Infektionen und führt die bekannten Strafgesetzbuchparagraphen an. — § 223, § 224, § 231 sowie die §§ 843 und 847 des neuen bürgerlichen Gesetzbuches. Die Schwierigkeit der Ahndung liegt vielfach in der Erschwerung des Nachweises jeweiligen ursächlichen Zusammenhanges von Erkrankung und bestimmter Ansteckung. Für den Nichtjuristen kaum verständliche Urteile sind in derartigen Ehescheidungsprozessen schon gefällt worden. Es kann geschehen, dafs eine klagende Ehefrau abgewiesen und damit noch moralisch geschädigt wird, weil ihr der Beweis nicht gelungen ist, dafs sie vor Eingehung der Ehe gesund gewesen ist. Welche Frau läfst sich aber — ohne Vorahnung kommenden Unheils — vor der Ehe auf ihren sexuellen Gesundheitszustand untersuchen! Liszt schlägt folgenden Gesetzesparagraphen vor: „Wer wissend, dafs er an einer Geschlechtskrankheit leidet, Beischlaf ausübt oder auf andere Weise einen Menschen der Gefahr der Ansteckung aussetzt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft, neben welcher Strafe auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann. Ist die Handlung von einem Ehegatten gegen den anderen begangen, so tritt die Verfolgung nur auf Antrag ein.“ Hellwig dagegen vertritt sehr hohe Geldstrafen bis zu 100000 Mark zugunsten der Geschädigten, daneben Ehrenstrafen. Eine Zahl derartiger Verurteilungen dürfte das Gewissen der sexuell verkehrenden Männerwelt bedeutend schärfen. Zum Schlufs kommt Düring auf seine Vorschläge zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Vor allem fordert Düring Aufhebung der Reglementierung und der Sittenpolizei mit ihrer Zwangsbehandlung. Und wenn man auch nichts an die Stellen der heutigen Kontrolle zu setzen hätte, wäre dieser völlig negative Zustand doch immer noch weit besser als die heutigen positiven widerspruchsvollen, wirkungslosen Verhältnisse. Der Staat darf bei allem Rechnen mit dem aufserehelichen Geschlechtsverkehr doch nie mit seinen eigenen Gesetzen, mit denen der Moral und mit dem Heiligtum der persönlichen Freiheit sich in Konflikt bringen. Der Staat hat auch ohne Reglementierung

genügende Handhaben, die dem Straßenleben bedrohliche vagierende Prostitution einzuschränken und kann auch ohne den Kuppeleiparagraphen Wohnungen, wo unlautere Dinge getrieben werden, räumen lassen. Des ferneren tritt Düring dafür ein, daß die aus solchen Gründen aufgegriffenen Frauenspersonen untersucht werden, und wenn erkrankt, auch zur Behandlung kommen müssen. An sozialen Maßnahmen zur Beseitigung der Gründe des Übels schlägt der Verfasser vor: Erhöhung der Löhne für weibliche Arbeiter, Beseitigung der Wohnungsnot durch Erbauung kommunaler Logierhäuser nach Londoner Muster, die zugleich als Arbeitsnachweisstätten zu fungieren hätten. Gerade die Klasse der stellenlosen Dienstboten und Arbeiterinnen, von denen viele der Prostitution anheimfallen, müßte diese Logierhäuser, welche sich übrigens selber bezahlt machen sollen, benützen dürfen. Das preußische Fürsorgegesetz hat eine segensreiche Wandlung mit sich gebracht, indem die Minderjährigen jetzt eher gegen die Prostitution geschützt werden können. Minderjährige unter 18 Jahren können danach in Fürsorgeerziehung gebracht werden, wenn das geistige oder leibliche Wohl eines solchen Kindes durch den Vater gefährdet wird oder wenn sonst Verwahrlosung des Kindes droht; auch wenn Minderjährige strafbare Handlung begangen haben, die des Alters wegen strafrechtlich noch nicht zur Verfolgung gelangen, zum Schlusse auch, wenn die erziehliche Einwirkung der Eltern, der Erzieher oder der Schule versagt. Diese Bedingungen werden auf eine große Zahl solcher junger Frauenspersonen Anwendung finden, welche bisher der Prostitution verfallen sind. Sollten junge Mädchen, die zur Fürsorgeerziehung gelangen, schon eine Geschlechtskrankheit an sich haben, so wäre übrigens während der Zeit der Fürsorgeerziehung Gelegenheit zur völligen Ausheilung gegeben. Die Initiative zur Verhängung von Fürsorgeerziehung weist von Massow mit Recht der privaten Vereinstätigkeit zu. Auch für die Mütter unehelicher Kinder und diese unehelichen Kinder selbst, soweit sie nicht schon das Fürsorgegesetz umfaßt, muß eine entsprechende Vorsorge getroffen werden. Stellen doch die Kinder unehelicher Mütter einen großen Teilsatz der Prostituierten und der Verbrecher dar und ist doch auch ihre Sterblichkeit eine so bedeutende. Düring fordert weiter freie Behandlung für alle Geschlechtskranken, dazu die Errichtung von Spezialpolikliniken mit fachwissenschaftlich gebildeten Ärzten an der Spitze. Solche Anstalten müßten nicht allein in den Großstädten vorhanden sein. Daneben müssen auch die Gelegenheiten zur klinischen Behandlung von Geschlechtskranken bedeutend vermehrt werden. Zur Deckung dieser Kosten und der Honorare der Ärzte empfiehlt der Verfasser, alle Personen mit Einkommen unter 2000 Mark dem Krankenversicherungszwange zu unterstellen. Die Sanitätskommission Neissers und ähnliche Vorschläge lehnt Düring als zu verwickelt ab. Sollten diese Kommissionen wirksam arbeiten können, so müßte für alle Geschlechtskranke die Anzeigepflicht, wenn auch ohne Nennung des vollständigen Namens geboten sein. Jede Woche hat jeder Arzt an die Kommission zu berichten und die unentschuldigt weggebliebenen Kranken werden eruiert und eventuell zur Rechenschaft gezogen und zwangsweise behandelt. Auf diese Weise würden Männer und Weiber vom Gesetze in gleicher Weise getroffen. Nach Liszt-Schmölders Vorschlägen wären Personen, die trotz ihres Krankseins dennoch geschlechtlich verkehren, den Gerichten anzuzeigen. Voraussetzung bei der Sanitätskommission ist das Behandlungsverbot für Kurpfuscher. Des weiteren plädiert der Verfasser für Hebung der Venereologie im Lehrplan der Universitäten, Schaffung ordentlicher Professuren, Vertretung von Dermatologen in den Examenskommissionen u. a. m. Auch die Frage der allgemeinen Belehrung des Volkes über Geschlechtskrankheiten und sexuelles Leben wird nachdrücklich betont.

2. **Alkohol und Geschlechtsleben**, von Georg Rosenfeld-Breslau. Die jedem erfahrenen Arzte bekannte Tatsache, daß der Alkohol in der Vorgeschichte geschlecht-

licher Erkrankungen eine grofse, unheilvolle Rolle spielt, wird vom Verfasser erneut und geschickt beleuchtet. Erstens verführt der Alkohol durch Lähmung der Willenszentren zu aufserehelichem Verkehr; zweitens wirkt auch der unter der Alkoholwirkung prolongierte und ungeschickt ausgeübte Beischlaf erkrankungsbefördernd. Die Verleitung zum Beischlaf und die Duldung desselben seitens sonst noch willensstarker Jungfrauen wird durch den Alkohol begünstigt. Chronischer Alkoholismus disponiert zu schweren Erkrankungen, wie Paralyse, Tabes, Aneurysmen, und kompliziert andere Erkrankungen wie die Syphilis in unerwünschter Weise. Aufserdem wirkt der chronische Alkoholmifsbrauch degenerierend und schädigend auf die Fortpflanzung.

Das Heft umfafst aufserdem einen sehr lehrreichen Beitrag der Frau Eggers-Smidt, unter der Überschrift: **Prostituiertenbriefe** veröffentlicht. Aus den Briefen will die Herausgeberin das eine Moment gefolgert wissen, dafs es ganz gut möglich sei, Prostituierte zu bessern und ihrem Lasterleben ernstlich zu entreifsen. In vielen Fällen besteht natürlich eine erbliche Minderwertigkeit oder eine von der Geburt an datierende Verwahrlosung. Aber ein gegenüber der allgemeinen Annahme viel gröfserer Teilsatz der Mädchen läfst sich doch durch unausgesetzte, mütterliche Fürsorge edler Frauen allmählich retten. Die Lektüre der Prostituiertenbriefe möchte der Berichterstatter dringend allen ans Herz legen. *Hopf-Dresden.*

The British Journal of Dermatology.

September 1905.

Eindringliche Empfehlung des Tuberkulins für ausgedehntere Anwendung in der ärztlichen Praxis, von F. M'Call-Anderson-Glasgow. Die warme Verteidigungsrede, welche Verfasser dem alten Tuberculin Koch widmet, bezieht sich sowohl auf dessen Anwendung zu diagnostischen wie therapeutischen Zwecken und ist gestützt auf eine grofse Reihe von guten Erfahrungen, die seit der Erfindung des Mittels (1890) von ihm gemacht wurden. Die drei Fälle, welche zur Illustrierung des diagnostischen Wertes angeführt sind, betrafen eine tuberkulöse Peritonitis, einen Fall von Drüsentuberkulose und eine seit vier Jahren bestehende Hauteruption an Arm, Lenden, Ohren von sehr zweifelhaftem Charakter; erst die absolut negative Reaktion auf zwei Tuberkulininjektionen ($^1/_4$ und dann $^1/_2$ ccm einer 1prom. Lösung) konnten die Diagnose (einer syphilitischen Eruption) sichern. Weitere sieben Fälle, welche zum Teil mit trefflichen Abbildungen über den Befund vor und nach Beendigung der Tuberkulinkur versehen sind, zeigen in eklatanter Weise den therapeutischen Effekt derselben. Ein Fall von Addisonscher Krankheit, welche bekanntlich auf Tuberkulose der Nebennierenkapseln zurückgeführt wird, erfuhr nach mehrmaligen Injektionen bedeutende Besserung (die Pigmentierung verschwand fast völlig), mehrere Fälle von Lupus vulgaris fanden nach 20 bis 50 Injektionen — Behandlungsdauer drei bis sechs Monate — völlige Heilung, ebenso ein Fall von Skrophuloderma, das drei Jahre bestanden hatte, nach sechsmonatlicher Behandlung (mit 42 Injektionen). In allen Fällen wurde auch die Allgemeinbehandlung mit Lebertran, Phosphor, reichlicher Kost und ausgiebigst frischer Luft bei fieberfreien Patienten berücksichtigt. Die Regeln, welche Anderson in bezug auf die Tuberkulininjektionen einhielt, sind in kurzem folgende: 1. Die Anfangsdosis soll beim Erwachsenen im allgemeinen $^1/_2$ ccm einer 1prom. Lösung nicht überschreiten, besser ist es noch, mit $^1/_4$ ccm zu beginnen. 2. Wenn eine erste Dosis keine oder nur geringe Reaktion gibt, so soll eine zweite Injektion von derselben Stärke gegeben werden, da sie oft energischer wirkt als die erste. 3. Je ausgesprochener die Allgemeinreaktion ist, desto länger mufs die Pause bis zur folgenden Injektion, auf jeden Fall aber ein Zwischenraum

von mehreren fieberfreien Tagen vorhanden sein. 4. Mit viel gröfserer Sorgfalt mufs die Zunahme der Dosis in der früheren als in der späteren Zeit der Behandlung überwacht werden, denn der Organismus gewöhnt sich allmählich so sehr an dieselbe, dafs bei einer Anfangsdosis von $^1/_2$ ccm der 1prom. Lösung die Tagestemperatur auf 40° C. steigen, die Schlufsdosis aber von 1 ccm des reinen Tuberkulins gar kein Resultat haben kann. Ohne den Wert anderer, besonders der Finsenschen Methoden, schmälern zu wollen, hält es Verfasser für zweifellos, dafs es viele Fälle von tuberkulöser Erkrankung gibt, für welche sowohl ihrer Lage wie Ausbreitung nach die Lichtbehandlung ungeeignet ist, während beide Umstände für die Tuberkulinbehandlung keine Kontraindikationen abgeben. *Stern-München.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 19.

1. **Untersuchungen über die Lymphgefäfse der menschlichen Prostata,** von Caminiti-Neapel. Aus dem Italienischen übersetzt von E. Legrain. Die bis jetzt vorliegenden Untersuchungen über die Lymphgefäfse der Prostata sind, wie die Mitteilungen C.s aus der einschlägigen, ziemlich spärlichen Literatur beweisen, recht oberflächlich. C. hat daher neue Untersuchungen vorgenommen, indem er, anders als die übrigen Autoren, $^1/_2$ %ige Höllensteinlösung als Injektionsflüssigkeit verwandte; er erzielte damit bessere Resultate, als die anderen Methoden ergeben hatten. Es zeigte sich, dafs ein Netz von Lymphgefäfsen die Prostata nach allen Richtungen hin durchzieht, dafs vom Zentrum nach der Peripherie zu die Maschen dieses Netzes weiter, die Gefäfse durch Anastomosen stärker werden. Unter der Kapsel finden sich nur Lymphgefäfse von ziemlich grofsem Kaliber, die parallel mit der Kapsel selbst verlaufen und sich verschiedentlich miteinander vereinigen (Plexus lymphaticus periprostaticus). Die in der Submucosa der Pars prostatica urethrae entspringenden kleinen Gefäfse fliefsen zu gröfseren Stämmen zusammen, die in zwei Bündeln angeordnet sind, nach den seitlichen Partien der Prostata verlaufen und dabei durch mehrere, aus dem Innern der Drüse stammende Gefäfse verstärkt werden. Am spitzen Ende der Prostata sind die Lymphgefäfse gleichmäfsig im Gewebe verteilt; sie verlaufen hier von der Submucosa aus geschlängelt und vielfach miteinander anastomosierend nach der Peripherie. In der mittleren Partie des Organs sind sie zahlreicher und komplizierter angeordnet; von der oberen und unteren Harnröhrenwand entspringend, vereinigen sie sich, durch Zuflüsse von innen vergröfsert, zu kleinen Bündeln, die netzförmig miteinander verbunden, zuerst nach unten, dann peripherwärts nach aufsen verlaufen. An der Basis endlich finden sich nur grofse, weit auseinander liegende Stämme. Im Innern der Prostata nehmen die Lymphgefäfse in den Drüsenacini ihren Ursprung; jeder von diesen ist von Gefäfsen umgeben, die sich mit den kleinen Stämmen des nächsten Acinus vereinigen; so entsteht ein zartes, dichtes Netz, das erst am Beginn der Ausführungsgänge lichter wird und auch die wenigen, an diesen entspringenden Lymphgefäfse aufnimmt. Die spärlichen gröfseren Gefäfse, die schliefslich aus diesem Netz hervorgehen, ziehen, die Drüse umgebend, zur Kapsel (Plexus periprostaticus subcapsularis). — Alle Lymphgefäfse der Prostata weisen eine höckerige, rosenkranzförmige Beschaffenheit auf; ihr Kaliber ist infolgedessen unregelmäfsig. In den gröfseren finden sich Andeutungen von Klappenbildung.

Der Arbeit sind vier Abbildungen beigegeben.

2. **Urotropin und Helmitol; ihre therapeutische Wirksamkeit nach den Ergebnissen der experimentellen Untersuchungen und den klinischen Beobachtungen,** von F. P. Guiard. (Heft 7, 9, 13, 15, 17, 19.) Die Arbeit, die an Gröfse

das gewöhnliche Maſs von Journalartikeln weit überragt, aber auch ebenso gründlich und gewissenhaft wie umfangreich ist, hat in ihrem weitaus gröſsten Teile das Urotropin und seine Wirkung zum Gegenstand. In drei Abschnitten, die von der antiseptischen, von der harnsäurelösenden und gichtwidrigen Wirkung des Urotropins und von seinem Einfluſs auf die Phosphaturie handeln, gibt G. alles Wesentliche aus der groſsen einschlägigen Literatur wieder (das Literaturverzeichnis enthält 186 Nummern), teilt im Anschluſs daran seine eigenen Beobachtungen in Kürze mit, um dann präzise Schlüsse aus der Gesamtheit der gemachten Erfahrungen zu ziehen. Für die antiseptische Wirkung des Urotropins kommen zwei groſse Krankheitsgruppen in Betracht: einmal die Krankheiten der Harnorgane mit primärer oder sekundärer Infektion, dann allgemeine Infektionskrankheiten, wie Typhus und Scharlach, bei denen die Krankheitserreger durch die Nieren ausgeschieden werden können. Die sicherste und segensreichste Wirksamkeit als Harnantiseptikum entfaltet Urotropin bei den Blaseninfektionen, die im Verlaufe von Prostatahypertrophie und bei Harnröhrenstrikturen, Blasenlähmungen und Harnretentionen, gleichviel welcher Natur, vorkommen, sowie bei den Cystitiden mit ammonikalischem Urin, deren Ursachen unbekannt sind, ferner bei den durch Katheter usw. erzeugten Blasenkatarrhen und, vor jeder Einführung eines Instruments in die Blase und vor jeder Operation an Harnröhre und Harnblase verabreicht, als Prophylaktikum gegen „instrumentelle“ Infektionen. Bezüglich all dieser Punkte decken sich die Erfahrungen G.s durchaus mit denen der anderen Autoren. Dagegen sah er bei der blennorrhoischen Entzündung der Blase, der Harnröhrenschleimhaut und der Prostata vom Urotropingebrauch weniger sichere und weniger deutliche Erfolge als manche andere, beobachtete aber dafür, daſs das Mittel auch auf die Blaseninfektionen bei Kranken mit Harnsäuresteinen günstig einwirkt und, ununterbrochen genommen, die so häufigen Rezidive von Phosphatsteinen bei Prostatikern mit Harnretention zu verhüten imstande ist. Cystitiden tuberkulöser Natur werden durch Urotropin nicht oder höchstens in ungünstigem Sinne beeinfluſst; darüber sind sich fast alle Autoren einig. Bei Nephritiden und Pyelonephritiden erzielte G. im Gegensatz zu anderen durch Urotropin nie einen deutlichen Erfolg, doch bewirkte das Mittel in solchen Fällen auch niemals eine Schädigung. Bei Bakteriurie wirkt Urotropin oft sehr gut und prompt, versagt aber auch ebenso häufig. — Bezüglich der Dosierung stimmt G. vollständig mit Nicolaier überein; er empfiehlt gleich diesem, über eine Tagesdosis von 1,5 g (bei Kindern unter zehn Jahren 1,0 g) nicht hinauszugehen. Dosen von über 2 g pro die verursachen häufig Brennen während und nach der Harnentleerung und häufigeren Harndrang, manchmal sogar leichte Hämaturie. Mengen von 1,0—1,5 pro die bei Erwachsenen, 0,5—1,0 bei Kindern können unbedenklich Monate und selbst Jahre hindurch gegeben werden. Empfehlenswert ist nur das Scheringsche Urotropin, die Wirksamkeit der aus anderen Fabriken stammenden Präparate ist zweifelhaft. Daſs der Gebrauch des Mittels zumeist sehr lange fortgesetzt werden muſs, bis der Erfolg ein dauernder ist, darin stimmen alle Autoren überein.

Daſs Urotropingebrauch die bei 25% der Typhusrekonvaleszenten beobachtete Ausscheidung von Typhusbazillen durch den Urin zum Verschwinden bringt, ist bekannt. Weniger bekannt dürfte sein, daſs nach den Erfahrungen von Widowitz-Graz, Wateff-Sofia, Patschkowski-Charlottenburg und Buttersack Urotropin bei Scharlachkranken das Auftreten von Nephritis zu verhüten und eine bereits vorhandene Nephritis in kürzester Zeit zur Heilung zu bringen vermag. Wo es sich um prophylaktische Verabreichung handelte, wurden gewöhnlich je nach dem Alter der Kranken dreimal täglich Dosen von 0,05—0,5 und das mehrmals drei bis vier Tage hintereinander gegeben.

Ob Urotropin, wie von manchen Seiten behauptet wird, im Menschen wirklich harnsäurelösend wirkt und ob es ein brauchbares Gichtmittelt darstellt, das ist nach G.s Ansicht noch nicht entschieden. Bei Phosphaturie hat es manchmal eine sehr gute, manchmal aber auch gar keine Wirkung.

Das Helmitol, dem der letzte Teil der Arbeit gewidmet ist, wirkt nur durch seinen Gehalt an Urotropin. Da jedoch das Urotropin im Helmitol an eine Säure gebunden ist, die wohl kaum nützlich, manchmal aber direkt schädlich ist, so gibt man besser das reine Urotropin. Überdies kommt Helmitol, von dem 1 g nur 0,407 Urotropin enthält, wesentlich teurer als das reine Urotropin.

Die Lektüre der Arbeit G.s kann jedem, der sich über den Gegenstand gründlich informieren will, aufs wärmste empfohlen werden. *Göts-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1905. Bd. V, Nr. 19.

Über die durch Zahnaffektionen bedingte Alopecia areata (Pelade de JACQUET), von J. LAUMONIER. Wenn dem Haarausfall eine durch Zahnleiden bedingte nervöse Einwirkung zugrunde liegt, so wird natürlich zunächst das Grundübel zu behandeln sein. In zweiter Linie ist absolute Reinlichkeit der Kopfschwarte resp. der behaarten Teile des Gesichts geboten, sowie eine täglich womöglich mehrmals auszuführende Massage, wozu auf der Kopfschwarte eine ziemlich harte Bürste verwendet werden kann. Als lokale Mittel sind folgende Rezepte zu empfehlen: ℞ Spiritus camphorat. 100,0, Ol. ricin. Tinct. cantharid. ā 6,0 (für Kinder). Oder, für Erwachsene: ℞ Spirit. Fioraventi 50,0, Aq. coloniens. 25,0, Tinct. capsic. 3—8,0. Bei hartnäckigen kleineren Stellen: ℞ Acid. carbol. liquefact., Tinct. jod., Chloral. hydrat. ā, zum Aufpinseln. Als Kopfwasser für den täglichen Gebrauch des Morgens: ℞ Ol. terebinth. 15,0, Ammoniac. 5,0, Spirit. camphorat. 100,0. Besonders für weibliche Kranke zweckmäßig ist: ℞ Alcohol (90°) 200,0, Teerseife, Aq. dest. ā 50,0, Kalii nitrici 0,5, Formol. venal. 2, Spirit. lavandul. q. s. Dabei ist eine allgemeine roborierende Behandlung nicht zu vernachlässigen. Außer Injektion von Serum (von HANSEN oder CHÉRON) sind folgende in Oblate zwei- bis sechsmal täglich zu nehmende Pulver wertvoll:

℞	*Calcii glycorophosphoric. acid.*	0,25
	Natrii „ „	0,15
	Magnesii „ „	0,10
	Maltin.	0,08
	Quassin. amorph.	0,01

Auch hält Verfasser Arsenik für wirksam bei obigen Fällen. (Nach *Bull. gén. de therap.* 30. Mai 1905.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1905. Heft 9.

1. **Die familiären Hautkrankheiten**, von LEREDDE. Aufzählung der Hautkrankheiten, die gewöhnlich oder häufig mehrere Glieder ein und derselben Familie befallen. Es gehören hierher das QUINCKEsche Ödem, das nach L. nicht als Angioneurose, sondern als toxische Erkrankung der Haut aufzufassen ist, dann Dystrophien und Entwicklungsstörungen, wie die Naevi cutanei, die Ichthyosis foetalis, Xeroderma pigmentosum, die Neurofibromatose RECKLINGHAUSENS usw.; auch parasitäre Hautkrankheiten, wie Lupus vulgaris und eine Reihe von Tuberkuliden, sowie traumatische

Dermatosen, wie Hydroa vacciniformis, können als Familienkrankheiten auftreten.

2. **Die Spirochaeta pallida (SCHAUDINN)**, von BAYET und LACQUÉ-Brüssel. (Heft 8 und 9.) Die Verfasser stellen die Ergebnisse aller bisherigen Arbeiten über die Spirochaeta pallida kurz zusammen und teilen gleichzeitig mit, dafs sie selbst die Spirochaeta pallida in der Leber und Milz eines zwei Tage alten hereditär-luetischen Kindes und in 13 Syphilisfällen zum Teil in der Primäraffektion, zum Teil im Safte geschwollener Drüsen, einmal auch in einer Initialsklerose auf dem Handrücken und in der regionären Drüse am Arm, zum Teil in sekundären Papeln gefunden haben; dagegen hatten ihre Untersuchungen bei Psoriasis, Ekzem und Lichen scrophulosorum stets negative Resultate. Gleich der überwiegenden Mehrzahl der Autoren, die sich bis jetzt zu dem Gegenstand geäufsert haben, sind auch die Verfasser von der ätiologischen Bedeutung der Spirochaeta pallida für die Syphilis überzeugt; die auffallenden Befunde von KIOLEMENOGLOU und CUBE, die geeignet sind, Zweifel zu erregen, bedürfen nach ihrer Ansicht noch sehr der Nachprüfung. Als beste Färbung ist vorerst wenigstens noch die nach GIEMSA zu empfehlen.

3. **Lupus pernio**, von KARL KREIBICH. Aus dem Deutschen übersetzt von RENÉ MARTIAL. Über die Arbeit, die 1904 im *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Band 71, Heft 1, erschienen ist, wurde bereits berichtet. *Götz-München.*

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1905. Nr. 7 und 8.

Die Präventivbehandlung der frühzeitigen Kahlheit, von D'AMATO. Der Verfasser unterscheidet vor allem zwei Arten von Alopecien, die sowohl was ihre Prognose als ihre Ätiologie anbelangt, voneinander verschieden sind. Die erstere ist ein Folgezustand der Pityriasis sicca, eines oberflächlichen und infolgedessen der Therapie leichter zugänglichen Prozesses, der seine Entstehung einem spezifischen Bacillus (Pityrispora von MALASSEZ, Flaschenbacillus von UNNA) verdankt; die andere ist eine Folgeerscheinung der Seborrhoea capitis, erkenntlich an der fettigen Sekretion, an den erythematösen Plaques, die nach und nach konfluieren und die bekannten polycyklischen Figuren bilden, hauptsächlich bei männlichen Individuen in jugendlichem Alter vorkommt, einen tiefergreifenden Prozefs darstellt und wieder einen anderen spezifischen Mikroorganismus als Ursache hat. Die erstere geht jedoch sehr häufig in die letztere über, wenn die Therapie nicht frühzeitig genug einschreitet. Zur Auffindung des „Flaschenbacillus" empfiehlt der Verfasser hauptsächlich die Methode von SABOURAUD (polychromes Blau von UNNA), die viel einfacher ist als z. B. die sonst ebenfalls gute Methode von BERDAL. Prophylaktisch sind zu beachten: peinlichste Sauberkeit bei der Verwendung von Bürsten und Kämmen, die Haare sollen weder zu kurz noch zu lang getragen werden: tägliche kalte Abwaschungen des Kopfes sollen vermieden werden, im Hause und während der Nacht soll der Kopf unbedeckt bleiben; der Hut soll leicht und ventilationsfähig sein (tolle Cylinderhüte!!); Frauen haben darauf zu achten, dafs ihre Haarfrisur nicht zu straff, dafs sie ihre Haare nicht mit glühenden Eisen und anderen Marterwerkzeugen mifshandeln; Haare, die sich an der Spitze gabelförmig teilen, sind zu entfernen.

Was die Behandlung der einmal eingetretenen Hautkrankheit anbetrifft, so eignet sich bei der Pityriasis sicca am besten der Teer (Ol. cadinum ver. Kakaobutter ā 10 Unguent. benzoicum 20, Quecksilbersulfit und Lac sulfuris ā 1); diese Salbe hat sorgfältig über die ganze Kopfhaut eingerieben zu werden (nicht blofs die Haare einstreichen wie mit einer Pomade!). Später kann an Stelle der Salbe ein Haarwasser treten, und empfiehlt der Verfasser hier besonders Captol. Das letztere Präparat

eignet sich auch sehr gut, sei es in Verbindung oder abwechselnd mit Schwefel in Salbenform, bei der seborrhoischen Form der Alopecie resp. in der seborrhoischen Periode, welche dem Haarschwunde vorausgeht. Das von EICHOFF eingeführte Captol besteht bekanntlich aus einer Kombination von Tannin mit Chloral.

Zur Revision des „Gesetzes von PROFETA", von A. Der Artikel ist eine Verteidigungsschrift zur Lehre von PROFETA und richtet sich gegen die Angriffe von OLGIVIE, der in seinen Übersetzungen von Abschnitten gewisser Autoren (z. B. von F. J. BEHREND) über diese Frage, wissentlich Worte abändert oder ausläfst und den betreffenden Autoren ganz falsche Behauptungen in den Mund legt.

C. Müller-Genf.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1905. Heft IV.

Zur Ätiologie der Syphilis, von PASINI. (Schlufs.) Experimentelle Übertragungsversuche auf Tiere. Die Schlüsse, wozu der Verfasser betreffend die Ätiologie der Syphilis gelangt, sind nicht gerade ermutigend. Danach konstatieren wir nämlich, dafs wir noch am weitesten zurückstehen auf dem Gebiete der Bakteriologie, und dafs wir trotz der vielen Diskussionen und der angeblichen neuen Entdeckungen erkennen müssen, dafs der spezifische Erreger der Krankheit bisher unbekannt geblieben ist (die Arbeit gelangte im März dieses Jahres zum Abschlusse). Auch die Serotherapie hat keine sehr demonstrative Resultate geliefert. Dagegen ist das Tier gefunden worden, auf das sich die Lues experimentell übertragen läfst, nämlich die anthropomorphen Affen, die sich für das spezifische Virus empfänglich gezeigt haben.

Aus der dermatosyphilopathischen Klinik, von CALDERONE. Der Verfasser beschreibt zunächst eine Reihe von Fällen von Tabes dorsalis in den verschiedensten Stadien, die fast alle mit Sicherheit auf Lues zurückgeführt werden konnten. Er schliefst daraus, dafs man in allen Fällen von Tabes sobald wie möglich mit der antisyphilitischen Behandlung beginnen soll. Ein zweiter Abschnitt behandelt das Ulcus rodens vulvae oder Esthiomène, die er als eine Affektion sui generis betrachtet und deshalb in ihrer typischen Form weder syphilitischer noch tuberkulöser noch carcinomatöser Form ist. Sie mufs vielmehr auf die wiederholten Traumen, die Unreinlichkeit usw. zurückgeführt werden, denen die gröfste Mehrzahl der Patientinnen ausgesetzt sind. Allerdings kann jede Dyskrasie, sei dieselbe nun luetischer, tuberkulöser oder anderer Natur, die prädisponierende Ursache bilden. Dann wird ein Fall von Syphiloderma des Gesichts beschrieben, der sich in Anbetracht seiner besonderen morphologischen Eigenschaften schwer klassifizieren liefs. Es handelte sich um eine ödematöse Auftreibung der Haut, welche gespannt, glänzend, wie mit Luft aufgeblasen erschien, während in der Umgebung einzelne papulöse Elemente sichtbar waren. Bereits nach der ersten Kalomelinjektion trat bedeutende Besserung ein. Ferner wird über einen Fall von Initialsklerose der Caruncula lacrymalis berichtet. Der betreffende Patient, ein Arzt, hatte sich akzidentiell in der Ausübung seines Berufs infiziert. Die Affektion wurde lange nicht erkannt und hatte bereits mehrere Monate gedauert, ohne sich zu ulcerieren. Folgt die Beschreibung von zwei Fällen von Toxidermie (durch Quecksilber und Migränin); bei dem einen (nach Kalomelinjektionen) handelte es sich um ein weitverbreitetes erythematöses Exanthem, bei dem anderen um eine gleich nach der Einnahme des Medikamentes per os aufgetretene heftige Anschwellung (mit Rötung und Jucken verbunden) des Auges und der Balano-Präputialgegend. Schliefslich dienen zwei Fälle von Blennorrhoe der ganzen Urethra mit Entzündung der Prostata zur Illustration der Tatsache, dafs selbst während der entzündlichen Periode des Trippers die Prostatamassage ausgeführt werden kann.

Statistische Übersicht des „Dispensario celtico governativo" zu Modena, von FERRARI. Ein summarischer Bericht der in der öffentlichen Poliklinik für venerische Krankheiten behandelten Patienten während des Zeitraums vom 1. Mai 1899 bis 1. Januar 1902 (408 Patienten). Bringt nichts besonders Erwähnenswertes.

Klinischer und histologischer Beitrag zur Kenntnis der Hautsarkome, von MIGLIORINI. (Schluſs.) Zweiter Teil: Die primären, solitären Pigmenttumoren; und dritter Teil: Solitäre, pigmentlose oder pigmenthaltige,, sekundär nach Naevus auftretende Tumoren. Die Schlufsfolgerungen, zu denen der Verfasser gelangt, sind folgende: Die Sarkome, die aus Geweben entstanden sind, welche die Haut zusammensetzen, können verschiedenen Typen angehören, und auch die diese Sarkome aufbauenden Zellen, welche aus der Proliferation der fibrösen Gewebe entstehen, können sich histologisch in der verschiedensten Weise präsentieren. Es gibt Spindel-, Rund-, Riesenzellen-, solitäre, primäre Hautsarkome; solche, die vom Gefäſssystem abstammen; ferner kommen Lymphmetastasen wahrer Hautsarkome vor. Von den weichen Naevi können Tumoren mit der verschiedensten histologischen Struktur abstammen. Die Tumoren der letzteren Art sowie die melanotischen Tumoren, die er untersucht hat, waren alle ektodermatischer Abstammung. Die Kategorie von Sarkomen unterscheidet sich in histologischer Hinsicht in mannigfacher Weise von jenen Carcinomen, die ebenfalls mit den Naevis irgendwelchen Zusammenhang haben. Aus den zahlreichen über diesen Gegenstand bestehenden Arbeiten geht hervor, daſs gerade in letzterer Hinsicht öfters Verwechselungen vorkommen.

Über Riesenzelleneinschlüsse, von LOMBARDO. Der Verfasser hat diese in Riesenzellen eingeschlossenen Körperchen in 67 Fällen der verschiedensten Arten von Hauttuberkulose 45 mal gefunden. Beim Lupus mit ausgesprochener Neigung zur Ausbreitung sind diese Körperchen ein konstantes Vorkommnis. Sie bestehen aus einer Grundsubstanz, die aus mehr oder weniger verändertem Elastin zusammengesetzt ist und in der sich Eisen- und Kalkniederschläge abgelagert haben. Ausnahmsweise besteht diese Grundsubstanz aus Bindegewebsfasern oder Überresten von Haaren. Unter dem Einflusse der verdauenden Tätigkeit der Riesenzellen gehen diese Einschlüsse eine Reihe von Veränderungen ein, chemische und morphologische, die ihnen das Aussehen von Zelleneinschlüssen verleihen. Sie können schlieſslich vollständig resorbiert werden. Nach seiner Ansicht können sie jedenfalls nicht von Hyphomyceten, Blastomyceten oder aktinomykotischen Formen des Tuberkelbacillus abstammen.

Psoriasis. Erfolg der Behandlung, von CERULLI. Auf Grund seiner Untersuchungen mit dem Chrysarobin gelangt der Verfasser zum Schlusse, daſs diese Substanz sich zwar bei der Behandlung der Psoriasis als sehr nützlich erwiesen hat und geradezu als spezifisches Mittel betrachtet werden kann, daſs sie aber andererseits keineswegs imstande ist, das ätiologische Moment der Krankheit selbst zu bekämpfen. Dasselbe gilt vom Saligallol. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Die Vergiftungen, von O. v. BOLTENSTERN. (*Med. Bibliothek f. prakt. Ärzte.* Nr. 166—170. C. G. Naumann, Leipzig.) Verfasser wollte keine Darstellung der Toxikologie geben, sondern nur ein Kompendium der Vergiftungen, das alles theoretisch und praktisch Wichtige in knapper Form enthält. Ein solches Buch fehlte bisher in

unserer Literatur. Der Versuch des Verfassers darf als ein wohlgelungener bezeichnet werden. Es bietet dem Praktiker eine kurze und doch sehr vollständige Übersicht über das Gebiet der Vergiftungen, ohne ihn mit wissenschaftlichen Hypothesen und toxikologischen Streitfragen zu belasten. Wir können daher das Buch dem Praktiker nur empfehlen. *A. Loewald-Kolmar.*

Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts, 150. Heft (1905), enthält:

Über Akne, von G. Riehl. Die Arbeit bespricht Pathologie und Therapie der Akne in klarer und erschöpfender Weise; der Allgemeinbehandlung legt Verfasser wenig Wert bei, die örtliche Behandlung bringt die Heilung. Vor Einleitung der medikamentösen (Schul-) Behandlung soll man erst alle Eiterherde eröffnen, da sonst leicht Reizung eintritt. Angefügt ist eine Besprechung der medikamentösen und artefiziellen Akneformen.

Über Haarkuren, von Lassar. Nach ausführlicher Besprechung der verschiedenen Formen der Haarerkrankungen, des Haarausfalls, der Alopecie bespricht Verfasser in exakter Darstellung die von ihm inaugurierten Behandlungsmethoden, die immer noch das beste darstellen, was auf diesem Gebiete vorgeschlagen ist, und da sie in so zahlreichen Fällen Heilung des lästigen Leidens bringen, immer mehr Allgemeingut des praktischen Arztes zu werden verdienen.

Über das Rhinosklerom oder Sklerom, von M. v. Zeissl. An der Hand von Abbildungen gibt Verfasser ein erschöpfendes Bild der seltenen, von der Wiener Schule beschriebenen Erkrankung, gegen die es eine Heilung erzielende Methode immer noch nicht gibt. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die Haut und ihre Pflege, von Wolters-Rostock. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1905. Nr. 4—6.) Nachdem W. im Eingang der Arbeit die Funktionen der Haut und ihre Schutzvorrichtungen beschrieben hat, geht er zum Schluſs auf die rationelle Hautpflege über, die sich auf auſserordentlich wenige und einfache Vornahmen erstreckt. Diese sollen aufs wirksamste die prophylaktische Hautpflege unterstützen, die ihrerseits nichts anderes darstellt als eine allgemeine Körperpflege und Hygiene. Beide führen zusammen dazu, der Haut ihre typischen Eigenschaften zu erhalten, die Weichheit, die Elastizität, die Glätte, den Glanz, die Farbe und den Turgor, Eigenschaften, die allein dem Menschen ein frisches Aussehen zu verleihen imstande sind und den Beweis liefern, daſs in der gesunden Haut auch ein gesunder Mensch steckt.

Pätzler-Danzig.

Der heutige Stand der Röntgenbehandlung, von W. Lehmann-San Francisco. (*New York med. Monatsschr.* 1904. Nr. 10.) Der Aufsatz ergibt eine kurze Übersicht über die therapeutische Verwertbarkeit der Röntgenstrahlen. Die Arbeit enthält nichts Neues. Zu einem kurzen Referat nicht geeignet. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Die Behandlung mittels Röntgenstrahlen, von W. P. Goff-Clarksburg. (*New York med. Journ.* 24. Juni 1905.) G. bringt zur Kasuistik der Röntgentherapie vier Fälle verschiedenartiger Hautaffektionen, die zum Teil recht unbestimmter Natur

(ein immer wieder rezidivierender Blasenausschlag an den Händen einer 50jährigen Frau, eine nach einer Verletzung unter dem linken Augenlid zurückgebliebene, völliger Heilung stets trotzende Wunde bei einem 55jährigen Manne) waren. Mehr oder weniger lange ausgedehnte (10—12 Minuten) Bestrahlungen, in entsprechenden Pausen vorgenommen, führten in allen Fällen, wovon der erstgenannte (Blasenausschlag) schon früher die Amputation eines Fingers erfordert hatte, zur völligen Heilung, wie die der Arbeit beigegebenen Illustrationen zeigen und welche Verfasser für dauernd hält.

Stern-München.

Über die Entwicklung und den derzeitigen Stand der Aktinotherapie. I. Lichttherapie, von G. J. Müller-Berlin. (*Dtsch. med. Presse.* 1905. Nr. 1.) Schon vor Finsen hatte Widmark experimentell nachgewiesen, daſs die durch Lichtwirkung erzeugte Hautentzündung nicht durch Strahlen mit groſser, sondern mit geringer Wellenlänge, also nicht durch Wärmewirkung, sondern durch die ultravioletten Strahlen hervorgerufen werde. Jedoch ist es Finsens unsterbliches Verdienst, die Wirksamkeit der chemischen Lichtstrahlen genau erforscht und darauf seine bahnbereitenden therapeutischen Methoden aufgebaut zu haben. Er hat nachgewiesen, daſs die ultravioletten Strahlen eine starke Entzündung auf der Haut hervorzurufen vermögen, er hat die bakterizide und inzitierende (biologische) Wirkung der chemischen Strahlen und ihre Penetrationskraft erforscht und so ihre praktische Verwendung gelehrt. Die erste aus dem Finsenschen Lichtinstitut im Jahre 1901 publizierte Statistik ergab sehr bemerkenswerte Resultate. Von 640 Fällen von Lupus vulgaris waren 456 = 71 % als vorläufig geheilt entlassen (130 seit ein bis fünf Jahren symptomfrei), 117 in Behandlung, davon 42 wesentlich gebessert. Der neueste Bericht umfaſst 800 Fälle mit ungefähr gleichen Resultaten. In einer Reihe anderer Hautkrankheiten sind ebenfalls erfreuliche Erfolge durch die Finsenbehandlung erzielt worden, so bei Lupus erythematosus (44 Fälle, 14 geheilt, 15 gebessert), Alopecia areata (49 Fälle 30 geheilt), Epithelioma (24 Fälle, 11 geheilt), Acne vulgaris (25 Fälle, 13 geheilt) Naevus vascularis (19 Fälle, bedeutend gebessert).

Mittlerweile werden von den Ärzten des Finseninstituts die wissenschaftlichen Grundlagen der Lichttherapie weiter ausgebaut. Von besonderem Interesse sind die Ergebnisse der Forschungen über die bakterizide Wirkung des Lichts (Bangs Photokteinometer). Sie ergaben, daſs die bakterizide Wirkung der Spektralstrahlen hauptsächlich von ihrer Intensität abhängig ist und daſs sie mit dem Brechungsexponenten der Strahlen steigt.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Die Lichtbehandlung in der Chirurgie, von Breiger-Berlin. (*Die med. Woche* 1904. Nr. 34—35.) Wenn auch ein Teil der Chirurgen der Lichtbehandlung noch skeptisch gegenübersteht, so hat sie doch bei vielen sich schon in manchen Fällen als nützlich erwiesen, so z. B. bei Cancroiden, wo das Messer des Chirurgen nicht mehr helfen kann, führt sie noch zu Besserungen, und bei Furunkeln und Karbunkeln ist der Einfluſs der Lichttherapie unleugbar. Auch bei Wunden ist eine Lichtbehandlung anwendbar mit blauem und rotem Licht, besonders bei Quetschwunden, wie Verfasser an einigen Beispielen zeigt. Auch bei Unterschenkelgeschwüren bewährte sich das Blaulicht und besonders schön zeigte sich der heilende Einfluſs bei einem groſsen Muttermal. Man wendet das Licht nicht nur auf kleine Flächen, sondern auch in Form von Lichtbädern (z. B. bei allgemeiner Furunkulose) oft mit überraschendem Erfolge an, wenn man die Indikationsstellung und die Technik richtig beherrscht. Auch die Lichttherapie will erlernt sein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten mit Licht, insbesondere Eisenlicht, von Breiger-Berlin. (*Monatsschr. f. orthop. Chir. u. physik. Heilmethoden.* 1905. Nr. 7.) Dies Verfahren setzt die Bedeutung des Hg und Jods für die Syphilis-

behandlung nicht etwa herab, sondern dient teilweise zur Unterstützung der Kur, namentlich hartnäckigen Papeln usw. gegenüber, zum Teil auch als gewisses therapeutisches Ersatzmittel, wenn das Hg dem Patienten sich nicht einverleiben läßt.

B. führt sechs solche Fälle an, wo eine spezifische Kur verweigert wurde und wo das Eisenlicht örtlich und für die Allgemeinerscheinungen blaue Bogenlichtbäder mit Erfolg und teilweise auch nachhaltigem Erfolge angewendet wurden.

Die äußere Haut und die weibliche Genitalschleimhaut belichtet B. mit dem Dermoscheinwerfer, und zwar bleibt das Licht diffus oder es wird nur mit dem Parabolspiegel konzentriert. Die einzelnen Sitzungen, welche täglich vorgenommen werden, dürfen je nach der Empfindlichkeit des Patienten im Anfang nicht länger als 3—5 Minuten dauern und müssen nach den für die Eisenlichtbehandlung überhaupt geltenden Vorschriften allmählich auf 25—30 Minuten und mehr verlängert werden.

Die syphilitischen Erkrankungen der Mundschleimhaut werden am besten mit dem Eisenlicht der Dermo- oder der Tripletlampe behandelt, da man mit diesen Apparaten am leichtesten den Sitz der erkrankten Stellen treffen kann.

Daneben zur Allgemeinbehandlung wurden Lichtbäder, und zwar blaue Bogenlichtbäder verabfolgt, um einerseits gegebenen Falles das Hg auszuscheiden, andererseits den Stoffwechsel anzuregen, das Blut zu verbessern und die Antitoxine zu vermehren. *Arthur Rahn-Berlin.*

Über Radiumtherapie, von P. Desfosses. (*Presse méd.* 1905. Nr. 16.) Der Artikel des Verfassers beschäftigt sich im ersten Teil mit dem Wesen der Radiumstrahlen, welche bekanntlich in α-, β- und γ-Strahlen zerfallen. Alle drei Sorten Strahlen vermögen an von ihnen beleuchtete Körper das Vermögen selber wieder zu belichten, abzugeben, photographische Platten zu verändern, gewisse Stoffe farblich zu beeinflussen, die Luft für Elektrizität leitend zu machen und lebende Gewebszellen in Bau und Entwicklung zu beeinflussen. Die radioferen Salze sind verschiedenfach aktiv. Als Einheit nimmt man das Uraniummetall. Das radiofere Baryum ist z. B. 500000 mal so radioaktiv als dieses. Indiziert erscheinen die Radiumsalze therapeutisch bei in der Tiefe und Breite nicht sehr umfangreichen Läsionen. Man kann diese Salze auch in Körperfalten und Körperhöhlen bringen (Lider, Tränenkarunkel, Mundhöhle, Speiseröhre, Kehlkopf u. a.). Für die Anwendung war bisher der hohe Preis und die unpassende Armatur der Radiumträger hindernd. Desfosses empfiehlt einen neuen von Armet de Lisle angegebenen Träger. Das Radium, hier Radiumsulfat, ist in einem Behältnis auf einer kleinen quadratischen Metallplatte angebracht, die mit Gelenk auf einem längeren Griff sitzt. Der Schutz des Radiums gegen Temperaturschwankungen, Feuchtigkeit und Chemikalien ist ein fast vollkommener. *Hopf-Dresden.*

Einige Arbeiten über die Wirkung der fluoreszierenden Stoffe, von L. Michaelis. (*Fortschr. d. Med.* 1905. Nr. 18.) Die Arbeit bringt nichts Bemerkenswertes. *Albert Niemeyer-Berlin.*

Experimente mit Radiumstrahlen, von Wendell C. Phillips - New York. (*Med. News.* 19. Aug. 1905.) Ph. berichtet über die Anwendung der Radiumstrahlen bei Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. Zu diesem Zwecke wurde eine spezielle Röhre, deren Innenfläche mit Radium bedeckt war, konstruiert. Die Sitzungen währten im allgemeinen zwei Minuten und wurden täglich vorgenommen. Von den sieben angeführten Fällen (Otitis media, Rhinitis atrophica und suppurativa, Ozaena) wurde keiner durch Radium, trotz wochenlanger Behandlung, gebessert, allerdings fehlten Fälle von (bös- oder gutartigen) Neubildungen in Nase und Rachen, von syphilitischen und tuberkulösen Ulcerationen, um, wie Verfasser schließlich anführt, ein endgültiges Urteil über die Wirkung der Radiumstrahlen auf Nasen-, Rachen- und Kehlkopfaffektionen zu fällen. *Stern-München.*

Die Balneotherapie der Harnkrankheiten, von C. Posner - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.) Von den Mitteln der Balneotherapie werden Bäder, besonders die Schwitzbäder, bei Nephritis erwähnt und die Art ihres Wirkens beschrieben; daran schliefsen sich die Mineralwässer mit ihren verschiedenen Indikationen und eine Besprechung der einer Balneotherapie zugänglichen Erkrankungen des Urogenitalapparates, die danach zu beurteilen sind, ob es sich um entzündliche Vorgänge, um Veränderungen im Chemismus, um anatomisch definierbare Neubildungen oder um nervöse Störungen handelt. Bei der Blennorrhoe kommt in chronischen Fällen eventuell die Winternitzsche Kühlsonde oder der Arzbergersche Mastdarmkühler bei Prostatitis in Betracht, daneben Jod-, Sool-, Moor- und Schlammsitzbäder. Wichtiger ist die Trinkkur bei Blasenkatarrhen und Nephritis. Bei chronisch parenchymatösen Formen der Nephritis sind Schwitzkuren nicht zu entbehren, die Mineralwässer aber nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Ein Wort wird auch den klimatischen Kuren gewidmet, Madeira, Biskra, Algier, Ägypten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Hydrotherapie bei Hautkrankheiten und Syphilis, von C. Bruhns - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 21.) Abgesehen von der mechanischen Reinigung, übt das Wasser folgende Einflüsse auf die Haut aus:

1. Es wirkt macerierend und lösend.
2. Es kann die Blutzirkulation in der Haut verändern und hat Einfluſs auf abnorme Leukocytenansamlungen.
3. Es kann die sensible Innervation beeinflussen.
4. Es wirkt auf die Sekretion der Hautdrüsen ein.
5. Es vermittelt die Einwirkung von Medikamenten auf die Haut, z. B. in medikamentösen Bädern.

Alle diese Eigenschaften sucht man bei der Behandlung der Hautkrankheiten zu verwerten (heifse Umschläge usw.). Beim chronischen Ekzem benutzt man die schuppenlösenden und die Zirkulation in der Haut anregende Wirkung der heifsen Bäder, ebenso beim Lichen Vidal. Bei der Psoriasis tun warme Bäder mit Seifenwaschungen gute Dienste. Die macerierende und schweifstreibende Wirkung der warmen Bäder kommt bei Prurigo sehr zur Geltung, ebenso empfehlen sich solche bei Impetigo, Ekthyma, Furunkulosis, Varicen, die zirkulationsfördernde Eigenschaft heifsen Wassers ist sehr vorteilhaft bei Acne rosacaea, Urticaria, Pruritus, schmerzlindernd wirken warme Bäder beim Pemphigus, Verbrennungen. Auch bei der Syphilis ist Bäderbehandlung neben den üblichen Mitteln von Nutzen, wenngleich die Schwitzprozeduren dabei nicht zu empfehlen sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Salben und Pasten mit besonderer Berücksichtigung des Mitin. *Dr. Jessners Dermatologische Vorträge für Praktiker.* Heft 15. (A. Stuber, Würzburg 1905.) Das 15. Heft ist hauptsächlich dem von Jessner eingeführten Mitin gewidmet. Im ersten Teil beschreibt Verfasser die Salben und Pasten, ihre Applikationsweise, ihre Herstellung und die gebräuchlichen Salben- und Pastenbasis (Adeps suillus, Vaselin, Ung. Paraffini, Vasogen, Lanolin, Adeps lanae, Oesypus, Ung. Caseini, Gelanthum, Ung. Glycerini, Ung. leniens, Resorbin). Dann stellt er die Fragen, welche Anforderungen an eine gute Salbenbasis zu stellen sind.

Die Antwort lautet:

1. Eine Salbenbasis muſs geschmeidig sein,
2. sie muſs leicht in die Tiefe dringen,
3. sie muſs indifferent sein,
4. sie darf nicht übelriechend sein,
5. sie muſs haltbar sein,

6. sie muſs mit den meisten Heilmitteln gut mischbar sein, vor allem aber auch mit den nötigen Pulvermengen zu Pasten ohne weiteres verarbeitet werden können;
7. sie muſs der Haut adäquat sein.

Allen diesen Ansprüchen genügt das Mitin, welches eine überfettete Emulsion mit einem hohen Gehalt an serumähnlicher Flüssigkeit darstellt. Es ist eine weiſse, sich leicht verreibende, haltbare, geruchlose, der Haut adäquate Substanz von Salbenkonsistenz, welche mit den meisten Heilmitteln verarbeitet werden kann. Besonders gut sind Mitinzinksalbe, Mitinbleisalbe, Ung. Wilkenson und Ung. diachylon mit Mitin bereitet. Neben dem Mitin. purum benutzt JESSNER das Mitinum cosmeticum als Hautcrême und die Pasta Mitini statt Zinkpaste oder Schwefel, Resorcinpaste. Brauchbar ist ferner das Mitinquecksilber (33⅓ % Quecksilber), sie ist hellgrau und färbt wenig, verreibt sich sehr leicht und ist in Glasröhren à 30 g für 70 Pfennig verpackt. Der Preis des Mitins ist nicht hoch.

Mitin cosmeticum kostet 25 g 25 Pfennige,
Pasta Mitini . . . „ 20 g 25 „

Eine groſse Reihe von Rezepten, bei denen Mitin als Basis eingesetzt ist, beschlieſst die kleine Arbeit JESSNERS. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Salbengrundlagen, von KATZENELLENBOGEN-Düsseldorf. (*Ärztl. Vierteljahresrundschau.* 1. Juli 1905.) Nach einer kurzen Übersicht über all die als Salbengrundlagen gebräuchlichen (tierischen, pflanzlichen, mineralischen) Fette und die zusammengesetzten Salbengrundlagen, wie das Ung. Glycerini, Ung. leniens, Ung. Caseini, Resorbin, Vasenol, kommt K. zu dem Mitin, dem neuesten Produkte dieser Art, welches aus Wollfetten in Gemisch mit anderen Fetten, Wasser und Milch (als serumartige Flüssigkeit verarbeitet) besteht und eine indifferente, der Haut adäquate Salbenbasis darstellt. Das Mitinum purum mischt sich tadellos mit allen üblichen Medikamenten, nur bei der Verarbeitung mit einigen diffizilen Substanzen, wie Resorbin, Kampher, Chloral, Menthol, muſs zur Erzielung der nötigen Konsistenz 20 %iges Öl zugesetzt werden. Als Kühlsalbe, erweichende Salbe und zur Einfettung rissiger Haut usw. dient das Mitinum cosmeticum (Mitincrême), ferner wird von der betreffenden Firma (Krewel & Co.) noch dargestellt: Pasta Mitini und Mitinum mercuriale, bei Schmierkuren besonders indiziert, da es sich in viel kürzerer Zeit in die Haut verreiben lasse als alle anderen, üblichen Hg-Salben. Zur örtlichen Behandlung luetischer Affektionen empfiehlt K. folgende, nicht grau aussehende Salbe: Mitin. mercur. 1,0 bis 2,0, Past. Mitini ad 10,0. Verfasser steht nicht an, das Mitin schlieſslich als die beste der existierenden Salbengrundlagen zu bezeichnen. *Stern-München.*

Neue dermatologische Heilmittel, von M. MORRIS-London. (*Brit. med. Journ.* 1. April 1905.) Zunächst führt Verfasser aus, daſs bei der Verwendung vieler, vielleicht der meisten dermatologischen Medikamente ein gewisser Grad der Entzündung zur Erzielung der Heilung unbedingt erforderlich ist; oder wie es gewöhnlich bezeichnet wird, es muſs eine Reaktion eintreten. Häufig wird der Fehler gemacht, daſs man durch die anfängliche anscheinende Verschlimmerung sich davon abhalten läſst, das betreffende Mittel bis zum vollen Erfolg einwirken zu lassen. So hat M. das Chrysarobin in seiner glänzendsten Leistungsfähigkeit gesehen bei einer an Psoriasis leidenden jungen Dame, welche eigenmächtig das Mittel bis zur Entfaltung von heftigen Intoxikationserscheinungen angewandt hatte. Auch hat er öfters gefunden, daſs die anfängliche Verschlimmerung von chronischen Ekzemen durch Anwendung von Mineralbädern nur eine Etappe zur Heilung war. Und die moderne Behandlung von Lupus und anderen Leiden durch die FINSENsche und RÖNTGENsche Lichttherapie ist stets mit einer gewissen Entzündung verknüpft. Er berichtet über 67 Fälle von

Lupus vulgaris, bei denen er auf diese Weise meist günstige Resultate erzielt hat. Auch Ulcus rodens und Lupus erythematodes, Tinea tonsurans capitis, Keloid, Rhinophyma und hypertrophische Narben hat er mit vielfachem Erfolg damit behandelt. Von anderen Mitteln nennt und bespricht er noch das Radium, Thyreoidextrakt, das Rosesche Leprolin, Adrenalin und auch die Diätbehandlung mit rohem Fleisch und ausgiebigem Trinken von heifsem Wasser, womit er einen hartnäckigen Fall von Psoriasis zur Heilung hat gelangen sehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Errötende Schminke, von Helbig. (*Pharmac. Centralh.* 1905. Nr. 21.) Die Schminke ist mit Alloxan hergestellt (Alloxan mit Coldcream). Die farblose Schminke färbt sich auf dem Gesicht rötlich, um später wieder abzublassen. Die Vorzüglichkeit der Schminke beruht einesteils darauf, dafs nur eine verschwindend geringe Menge des Farbstoffs nötig, eine schädliche, insbesondere reizende Wirkung also ausgeschlossen ist. *A. Strauſs-Barmen.*

Zur Blennorrhoe- und Syphilisbehandlung, von Fischer-Lobzów. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 7.) Verfasser bekennt sich als Gegner der bakteriziden Richtung in der Trippertherapie und verdammt die ganzen Injektionen, da diese die Falten der Schleimhaut keineswegs ausgleichen, nachdem die voluminösen Corpora cavernosa einen zu starren Widerstand leisten. (!) Als einziges Mittel von zweifellos günstiger Wirkung wird der Copaivabalsam genannt. (!) Um einem dringenden Bedürfnis abzuhelfen, empfiehlt Verfasser eine Verweilkanüle, die aus vier Leisten besteht. Die Abbildung zeigt ein gerades Instrument von 21½ cm Länge, das einige Ähnlichkeit mit dem Schaft eines vierbranchigen Dehners hat, dessen Achse fehlt. Dieses Instrument, in die Urethra eingeführt, würde dem Eiter freien Abfluſs ermöglichen. (Soll dieses gerade Instrument bei blenn. post. bis an den Sphincter internus eingeführt werden, um auch dem Eiter der hinteren Harnröhre Abfluſs zu verschaffen?) Eventuell könnte in das Lumen mit medikamentösen Stoffen imprägnierte Gaze eingeführt werden. Verfasser zweifelt nicht daran, dafs sich die Urethra dagegen tolerant verhielte und hält diese Methode, verbunden mit Bettruhe, besonders für frische Fälle indiziert. Verfasser erwähnt dann noch, dafs die Homöopathen der Petersilie eine spezifische Wirkung gegen Blennorrhoe nachrühmen, der Volksmund ebenso dem starken Gebrauch von Pilsener Bier. „In der Tat ist eine erregende Wirkung der Petersilie, sowie der Sellerie und auch des im Biere enthaltenen Lupulins (!) auf die Geschlechtsorgane bekannt.“ (Soll das Pilsener Bier per os genossen oder mit Pilsener getränkte Gazestreifen mit Petersilie und Sellerie vermischt in die Harnröhre hineingestopft werden? Verfasser hat sich hier entschieden nicht deutlich ausgedrückt.)

Zur antiluetischen Therapie empfiehlt Verfasser auch bei Erwachsenen auf Grund von fünf Beobachtungen innerliche Darreichung von Kalomel, dreimal täglich 0,2 mit Coffein. citr. nach Bambergers Vorschrift und mit einem Zusatz von Opium wegen drohenden Durchfalles (!). Meist tritt bei Luetikern schon nach drei Tagen Stomatitis auf, daher Aussetzen der Behandlung. Nach Abheilung der Stomatitis (nach zirka acht bis zehn Tagen) Fortsetzung der Kalomelkur. Ein Turnus würde 20 Pulver umfassen, Zahnfleischerscheinungen würden sich eventuell durch geringere Dosen und durch Verabreichung des Medikaments in Oblaten (?!) vermeiden lassen. Da bei Nichtluetikern das Kalomel bei entsprechender Mundpflege gut vertragen wird, so „könnte eventuell das nahezu konstante Auftreten der Stomatitis nach drei- bis viertägigem Gebrauche nur bei Luetikern zur Erkennung einer latenten Syphilis, also diagnostisch verwertet werden“. Allen, die sich für die Lues- und Blennorrhoetherapie interessieren, ist die Lektüre der Originalarbeit, die einer Faschingsnummer Ehre machen würde, warm zu empfehlen. Die *Wien. med. Wochenschr.* sollte doch aber

zu vornehm sein, um einem solchen „Geistesprodukt", welches nur geeignet ist, unsere Wissenschaft in Mifskredit zu bringen, Aufnahme in ihre Spalten zu gewähren.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Medizinische Albumosenseife, von Ernst Delbanco-Hamburg. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1905. Nr. 47.) Von allen Dermatologen werden nachdrücklich neutrale Seifen verlangt. Aber noch immer gab es Schwierigkeiten solche Seifen herzustellen, die auch in Berührung mit Wasser die von ihnen geforderte neutrale Beschaffenheit zu wahren vermochten. Denn bisher liefsen selbst solche Seifen, in denen nicht eine Spur Alkali enthalten war, sobald sie in Berührung mit Wasser kamen, die unangenehmen alkalischen Eigenschaften hervortreten, so dafs das Wasser alkalisch reagierte und die Haut mehr oder weniger angegriffen wurde.

In der Albumosenseife ist es der Firma Paul Horn in Hamburg gelungen, eine Seife herzustellen, bei welcher die ätzenden und lösenden Wirkungen des Alkalis auf die Haut vollständig in Wegfall kommen, bei welcher also das in dem Moment der Hydrolyse frei werdende Alkali gebunden wird.

Unna war der erste, welcher Eiweifskörper in die Dermatotherapie einführte, und zwar mit der Empfehlung des wasserlöslichen unter der Bezeichnung „Unguentum Caseini" vielgebrauchten Firnisses.

Die Albumosen und Peptone sind nach Cohnheim die ersten Spaltungsprodukte der in der Natur vorkommenden Eiweifsprodukte, und die Albumosen können als Säuren und Basen auftreten, können also sowohl mit Säuren wie mit Basen Salze bilden und sind als Säuren mehrbasisch als Basen mehrsäurig.

Die Vorzüge einer solchen Kasein-Albumosenseife besteht nun nach Delbanco im folgenden:

1. Die Seife ist als solche neutral.

2. Auch das bei der Hydrolyse frei werdende Alkali wird gebunden.

3. Der Gehalt an Überfett erfüllt die Unnasche Forderung an eine einwandfreie medizinische Seife, indem das durch die Seife der Haut entzogene Fett ihr wieder zugeführt resp. das Hautfett vor der Entziehung geschützt wird.

4. Die Kasein-Albumose ist ein vorzüglicher Schaumbildner, so dafs der allgemeine Nachteil der überfetteten Seifen, die erschwerte Schaumbildung, wegfällt.

5. Die Schaumbildung findet in kaltem Wasser ebenso gut wie in warmen Wasser statt. Der Kasein-Albumosezusatz trägt übrigens dazu bei, die Konsistenz der Seife zu erhöhen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über ein festes Kresolseifenpräparat: Metakalin, von G. Wesenberg-Elberfeld. (Als Broschüre erschienen.) Unter dem Namen „Metakalin" bringen die Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld, ein festes Kresolseifenpräparat in den Handel, welches aus einer Mischung von 80 Teilen einer neuen festen Doppelverbindung von 3 Molekülen Metakresol mit einem Molekül Metakresolkalium und 20 Teilen fester Seife besteht.

Aus den Desinfektionsversuchen an sporenfreien Mikroorganismen ergibt sich, dafs bei gleichem Kresolgehalt von 0,25 % das Metakalin dem Lysol und auch dem Nizolysol als völlig gleichwertig zu bezeichnen ist, wenn wir von geringen, gewissermafsen individuellen, Abweichungen in dem Verhalten der einzelnen Arten absehen. Die 0,5%ige Metakalinlösung zeigte in allen Fällen eine dem 0,5%igen Lysol und Nizolysol bedeutend überlegene Wirkung: die 0,5%ige Metakalinlösung gebrauchte nämlich kaum mehr Zeit zur völligen Vernichtung der Bakterien als die 0,68%ige Metakalinlösung, welche sich ihrerseits wieder als völlig gleichwertig mit den 1%igen Lösungen von Lysol bezw. Nizolysol erwies.

Als Schlufsresultat seiner Untersuchungen gibt Verfasser an, dafs in dem Metakalin ein festes Kresolpräparat von grofser Desinfektionskraft vorliegt, indem es selbst noch in $^1/_2$ %iger Lösung alle geprüften vegetativen Mikroorganismen in wenigen Minuten abtötet, aber auch noch in $^1/_5$ %iger Lösung eine gute Desinfektionswirkung äufsert; sein wirksamer Bestandteil ist neben Natronseife das Metakresol, welches nach den angegebenen Verfahren sich leicht als solches erkennen und bestimmen läfst. *A. Strauſs-Barmen.*

Über lokale Alkoholtherapie, von Walko-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.*) 1905. Nr. 5.) Verfasser hat in 85 Fällen von Erysipel mit Alkoholumschlägen sehr gute Erfahrungen gemacht, da durch sie die Krankheitsdauer entschieden abgekürzt wurde. Die verdünnten Lösungen erwiesen sich dabei wirksamer als der konzentrierte Alkohol, da sie tiefer in das Gewebe eindrangen. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Über Haltbarmachung von Liquor aluminis acetici, von Hans Vörner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 23). Bei dem grofsen Bedarf, der bezüglich eines guten Verbandwassers besteht, ist die Bekanntgabe eines neuen Verfahrens, den Liquor aluminii acetici haltbar zu machen, keineswegs unzweckmäfsig. Wer die vorherrschende Wirkung der essigsauren Tonerde zu diesem Zwecke schätzt, wird Lösungen mit wenig Borsäurezusatz vorziehen, wer eine Steigerung der Wirkung erzielen will, wird mehr von diesem Mittel hinzu verschreiben. Die geringe Verteuerung des Präparates, welche die Beimengung der sehr billigen Borsäure hervorruft, wird reichlich durch die dauernde Brauchbarkeit der Lösungen aufgewogen.

Rezeptformeln:

℞ Acidi borici 0,25. Liquoris aluminii acetici (klare Lösung) ad 100,0. Ds. zehnfach verdünnt zu Umschlägen.

℞ Acidii borici 3,5. Liquoris aluminii acetici ad 100,0. Ds. wie vorher.

℞ Liquoris aluminii acetici 100,0. Solutionis acidi borici aquosae saturatae (3,5 %) ad 1000,0. Ds. Verbandwasser.

℞ Liquoris aluminii acetici 100,0. Aquae 1000,0. Acidi borici quantum satis ad saturationem. Ds. Wie vorher. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Anthrasol und Anthrasolpräparate, von Wilhelm Meitner-Wostitz. (*Wien. klin.-ther. Wochenschr.* 1905. Nr. 11.) Verfasser rühmt die reizlose und juckstillende Wirkung des Anthrasols und seiner Präparate bei den verschiedensten Hautleiden, wie Ekzemen, Seborrhoe, juckenden Affektionen, Hyperhidrosis. Auch bei solchen Hautkrankheiten, bei denen der alte Teer direkt kontraindiziert ist, wie bei pustulösen, leicht nässenden, impetiginösen Ekzemen, Follikulitiden, Akne, ist Anthrasol gut brauchbar. Verfasser gibt die Indikationen für die im Handel vorkommenden Anthrasolpräparate an, die 5 % und 10 % Hellsche und Stiefelsche Anthrasolseife (bei Gewerbeekzemen, Urticaria, juckenden Pusteln, universellen Ekzemen der Kinder, Skabies usw.) und deren Kombinationen, wie Anthrasol-Petrosulfolseife, Anthrasol-Schwefelseife, Anthrasol-Petrosulfol-Schwefelseife, Anthrasol-Boraxseife, Anthrasol-Zinkvaselin, Anthrasol-Glycerin-Lanolin und endlich Anthrasol-Streupulver (bei Hyperhidrosis, nässenden Unterschenkelekzemen, Intertrigo).

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Über Arsylin und Protylin, von C. Schaerges. (*Pharm. Centralbl.* 1904. Nr. 35.) Protylin steht bezüglich seines chemischen Verhaltens wie seines Phosphorgehaltes bekanntlich den natürlichen Nucleïnen nahe, besitzt aber diesen gegenüber den Vorteil leichterer Resorbierbarkeit, was inzwischen eingehende Tierversuche bewiesen haben. Es bewirkt eine auffallende und stetige Hebung des Ernährungszustandes.

Arsylin enthält 0,1 % Arsen und 2,6 % Phosphor. Zu den Lösungsmitteln verhält es sich genau wie Protylin. Es ist gelblichweifs, geruchlos und von schwachsäuerlichem Geschmacke. Die Verdauung und Resorption erfolgt erst im Darm bezw. vom Darm aus.

Die Einzelgabe ist 1 g = 0,001 g Arsen; Tagesgabe 8 bis 4 g. Arsylin ist angezeigt bei Hautkrankheiten (Psoriasis, Leukämie, Anämie, Diabetes).

A. Strauſs-Barmen.

Dymal, von Dr. Faustino Barberá. (*Revista Valenciana de Ciencas Medicas.* 1903. Nr. 49.) Verfasser kommt zu folgendem Resultat:

Infolge des billigen Preises ist Dymal besonders für die Armenpraxis ein sehr geeignetes Mittel; ferner kann es als Antiseptikum und Desiccativum mit grofsem Vorteil benutzt werden, um infektiöse und stark eiternde Wunden zu heilen, sowie um bei operativen Eingriffen oder zufälligen Verwundungen eine prompte und aseptische Heilung zu erzielen. *A. Strauſs-Barmen.*

Der antiseptische Wert des Dymal, von G. Fiore. (*Rassegna Sanit. di Roma.* 1904. Nr. 7.) Man kann die Ergebnisse der Arbeit dahin zusammenfassen, dafs das Dymal in der Tat eine kräftige, antiseptische und austrocknende Wirkung besitzt, ohne dafs sein Gebrauch von den Unannehmlichkeiten begleitet wäre, die man bei den in gleichen Fällen verwendeten Wundmitteln beobachtet. Wenn man dann in Betracht zieht, dafs das Dymal billiger als alle anderen ähnlichen Mittel ist, so wird man demselben in der Praxis zweifellos gern den Vorzug geben.

A. Strauſs-Barmen.

Der therapeutische Wert des Dymals, von de Diego. (*La med. Práctica.* 1904. Nr. 28.) Verfasser konnte immer seine austrocknende und vernarbende Wirkung beobachten, die es vor anderen Mitteln auszeichnet. Deshalb, und weil es weder reizend noch giftig wirkt, keinen unangenehmen Geruch besitzt und viel billiger als Jodoform ist, verdient seine Anwendung eine allgemeine zu werden.

A. Strauſs-Barmen.

Einige therapeutische Erfahrungen mit Fetron purissimum, von Kattenbrencker-Spandau. (*Ärztl. Centr.-Anz.* 1904. Nr. 52.) Das reine Fetron wurde bei Unterschenkelgeschwüren, Brandwunden, Ekzemen mit gutem Erfolge verwendet. Verfasser sieht in ihm eine wirklich ideale Salbengrundlage, die wahrscheinlich infolge ihrer pharmakodynamischen und ihrer deckenden und zu gleicher Zeit resorbierenden Eigenschaften für sich allein schon, ohne jeden medikamentösen Zusatz, die besten Erfolge zeitigt. Erfolge, die man weder bei Vaselin, noch bei Lanolin, noch bei Vasenol und wie die anderen heifsen mögen, beobachtet hat.

Verfasser empfiehlt Fetron namentlich dem Kassenarzte, da in allen Fällen, in denen man bisher Mischungen verordnete und nun Fetron ohne Zusatz anwenden kann, die Kosten für die Herstellung solcher Mischungen den Kassen erspart werden (im Minimum für jede Verordnung 25 Pfg.). *A. Strauſs-Barmen.*

Zur Technik der Jodipininjektionen, von Pelizaeus-Oeynhausen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* Nr. 16.) Verfasser empfiehlt, das Jodipin bei Körpertemperatur zu injizieren. Um die Erwärmung auch in der ambulanten Praxis zu erleichtern, hat er einen kleinen Apparat angegeben, der in Verbindung mit allem sonstigen für Jodipininjektionen nötigen Zubehör von der Firma Evens & Pistor in Cassel in den Handel gebracht wird. *A. Loewald-Kolmar.*

Über neuere Jodpräparate, von Josef Sellei-Budapest. Verfasser hat das Jothion in 30 Fällen bei sekundärer und tertiärer Syphilis verwendet, und zwar wurde es, wie bei einer Schmierkur, nach vorhergehendem Bade an einzelnen Körperteilen aufgepinselt bezw. eingerieben. Einige Minuten nach der Applikation ist das

Präparat bereits aufgesogen. Zu einmaliger Applikation wurden 3 bis 4 g reines Jothion oder auch eine Salbe von Jothion und Lanolin āā verwendet. Im sekundären Stadium nach der Quecksilberkur wurde Jothion nur bei solchen Individuen angewendet, welche Jodkalium überhaupt nicht vertrugen. Im tertiären Stadium hingegen wurde es in einigen Fällen im Anschlusse an Sublimatinjektionen oder aber als selbständige Kur verordnet. In diesen Fällen wich seine Wirkung in keiner Weise von der des Jodkaliums ab. Irgendeine besondere oder raschere lokale Wirkung konnte Verfasser nicht bemerken. Dafs aber das Jothion durch die Haut resorbiert wird und seine Wirkung tatsächlich eine allgemeine ist, davon konnte er sich teils bei den Kranken, teils bei gesunden Individuen durch den Nachweis des Jods überzeugen, indem in diesen Fällen der Harn mit den bekannten Jodreagentien die typische Jodreaktion gab. Der Nachweis des Jods im Speichel und im Harn war schon eine Stunde nach der Einreibung möglich. Die maximale Zeit, nach welcher bei einer Einreibung noch Jod im Speichel nachzuweisen war, betrug drei Tage. Er empfiehlt Jothion hauptsächlich in solchen Fällen, wo die Jodalkalien wegen des eventuell auftretenden Jodismus nicht gegeben werden können; selbstverständlich wird man bei Individuen, welche eine absolute Idiosynkrasie gegen Jod zeigen, auch mit diesem Mittel nichts erreichen. Auf die Haut gestrichen ruft Jothion nur geringes Brennen hervor. Bei Personen mit empfindlicher Haut tritt hie und da schwache Dermatitis auf oder es ruft bei unbehaarter Haut zuweilen Folliculitis hervor. Obwohl er das Mittel durch längere Zeit hindurch ausprobierte, hatte er keine weiteren Erscheinungen seitens der Haut bemerken können. Diese Eigenschaft macht das Präparat eben geeignet zur äufserlichen (percutanen) Anwendung. Man darf jedoch das Jothion bei ulcerösen Affektionen der Haut nicht verwenden, weil es, auf Geschwüre gestrichen, starken brennenden Schmerz hervorruft, während die starke Jodresorption, wie dies in einigen Fällen zu beobachten war, auch in dem Falle Jodismus hervorrief, wo bei den betreffenden Patienten die Jodalkalien keine solchen Intoxikationserscheinungen zustande brachten. Auf Grund dieser Eigentümlichkeit des Jothions darf es auch schon bei dermatitider Haut nicht verwendet werden.

Alles zusammenfassend: Das Jothion ist in allen Fällen, wo nach Gebrauch von Jodalkalien im Munde, der Nase und im Magen die Erscheinungen des Jodismus auftreten, zu versuchen. Das Jothion vermag in vielen solchen Fällen, wo die Jodalkalien intern wegen des Auftretens von Jodismus nicht gegeben werden können, diese Mittel zu ersetzen. *A. Strauſs-Barmen.*

Erfahrungen mit einem neuen Jodpräparat „Jothion", von Emil Schindler-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 39.) Als beste Verschreibungsweise wird empfohlen: Jothion 2,0, Cerae alb., Lanolin. anhydr. āā 0,5 (in Gelatinekapseln), täglich eine Viertelstunde einzureiben. Behandelt wurden Fälle von gummöser, maligner und hereditärer Lues. In den meisten derselben wurde neben dem Jothion als Ersatz des Jodkalium die übrige übliche Therapie eingeschlagen; an Stelle der gegebenenfalls indizierten Quecksilberinunktionen wurde die Injektionsbehandlung gewählt. Im ganzen ist das Mittel bei 18 Fällen in Anwendung gekommen, und zwar litten von diesen 14 an gummöser, zwei an gummöser, zwei an hereditärer Lues.

Es handelte sich in der Mehrzahl der Fälle um im Bereiche der Mund- und Rachenschleimhaut lokalisierte tertiäre Erscheinungen, teils allein, teils mit analogen Veränderungen der Haut und des Knochensystems kompliziert. Die Beobachtungen, die wir dabei bezüglich der Beeinflussung durch das zugeführte Jodpräparat machen konnten, entsprechen unserer Annahme, dafs wir in demselben ein gutes Ersatzmittel des Jodkalium gefunden haben. Abgesehen davon, dafs wir trotz des ausgedehnten

Gebrauches keinerlei unangenehme Eigenschaften desselben kennen lernten, fiel uns die relativ kurze Heilungsdauer der erwähnten Prozesse im allgemeinen bei seiner Anwendung auf. Reagierten die zumeist ulcerösen Veränderungen an den allgemeinen Decken auf die Applikation des Jothion äufserst günstig, so waren es doch zunächst die an den Schleimhäuten der Mund- und Rachenhöhle lokalisierten Krankheitserscheinungen, die auf die Behandlung mit Jothion einen augenfälligen Effekt aufwiesen. Auch bis dahin gegen jede Behandlung sehr refraktäre Veränderungen wiesen bald nach der Einleitung der Jothioninunktionen eine deutliche Heilungstendenz auf. In einigen Fällen war die an den betroffenen Partien resultierende Narbenbildung durch die Schnelligkeit ihres Eintretens direkt überraschend. *A. Strauſs-Barmen.*

Die therapeutische Verwendbarkeit des Jothion, von Richard Volk. (*Die Heilk.* 1905. Nr. 7.) Am besten bewährte sich der Gebrauch des reinen Jothion in Aufpinselungen bei wechselnder Applikationsstelle. Auf Grund von 30 Fällen von Lues kann Verfasser die ausgezeichnete Wirkung des Jothion bei Luetikern, besonders in den späteren Stadien hervorheben. Erklärlich wird das dadurch, dafs das Jothion nicht nur leicht und in hohem Grade von der intakten Haut resorbiert wird, sondern auch von Anfang an in grofsen Dosen gegeben werden kann, ohne scheinbar dem Gesamtorganismus schweren Schaden zuzufügen.

Ganz unschätzbare Dienste wird es bei soporösen Patienten leisten und in Fällen, wo Jodpräparate vom Magendarmtrakt nicht vertragen werden. Verfasser sah in keinem Falle von dieser Seite aus Störungen, wohl aber vertrug eine Patientin, die nach Jodkalium erbrach, viel höhere Dosen Jothion ganz gut.

Auch sonstige Erscheinungen von Jodismus scheinen durch Jothion schwerer oder doch in geringerem Grade ausgelöst zu werden als bei Verabreichung von Jodkalium, wenn sie auch nicht ganz zu vermeiden sind; in den angeführten Krankengeschichten finden sich hierfür Belege.

Häufig tritt Brennen und Jucken nach der Aufpinselung auf. Man kann dann Jothion mit Olivenöl zu gleichen Teilen verwenden. Zur Allgemeinkur wird eine Jothion-Lanolin-Vaselinsalbe empfohlen (zu gleichen Teilen). *A. Strauſs-Barmen.*

Die percutane Jodapplikation, von G. Wesenberg. (*Therap. Monatsh.* April 1905.) Aus Wesenbergs Versuchen ergibt sich, dafs in dem Jothion ein Jodpräparat vorliegt, welches bei percutaner Applikation die Einführung nicht unbeträchtlicher Mengen Jod in den Organismus gestattet, indem es bis zu etwa 50% von der Haut aus zur Resorption gelangen kann. Bei einzelnen Personen mit besonders empfindlicher Haut ruft es nach der Einreibung im unverdünnten Zustande mitunter leichtes, vorübergehendes Brennen hervor, welches aber durch Verdünnen mit Öl, Vaselin oder Lanolin — ohne dafs dadurch die gute Resorbierbarkeit wesentlich beeinflufst wird — völlig aufgehoben werden kann. Selbst bei längerer regelmäfsiger Anwendung des Jothion in gröfseren Dosen sind Störungen des Magen-Darmkanals nicht oder doch nur in verschwindend geringem Mafse beobachtet worden, selbst bei Personen, welche gegen kleinste Dosen Jodalkalien (der Berichterstatter bereits gegen 0,1—8,25 NaJ pro die) sofort mit starken Magenverstimmungen reagieren. Es ist also durch das Jothion das Problem der Joddarreichung unter Vermeidung von Störung des Magen-Darmkanals in durchaus befriedigender Weise gelöst. *A. Strauſs-Barmen.*

Zur Anwendung des Jothion, von Dreser. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905, Nr. 23.) Die in der Arbeit niedergelegten chemischen und pharmakologischen Tatsachen und Überlegungen, die im Original nachzulesen zu empfehlen ist, zeigen die Unzulässigkeit sowohl interner wie subcutaner Jothionapplikationen und beweisen zugleich, dafs man die Resorption durch die Epidermis mit der von der Magenschleimhaut aus nicht ohne weiteres in Parallele setzen darf. Was die Anwendungsweise

betrifft, so scheint es am zweckmäfsigsten, nicht viel Jothion auf einmal, sondern öfters kleine Dosen einreiben zu lassen; um die zwecklose Ausscheidung organisch gebundenen Jods zu vermeiden, lautet die Vorschrift, nicht über 4 g Jothion einzureiben. *A. Strauſs-Barmen.*

Über das Jothion, von MAX JOSEPH und MAX SCHWARZSCHILD. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 24.) Aus ihren Versuchen ziehen die Verfasser die Schlufsfolgerung, dafs das Jothion zurzeit dasjenige Jodpräparat ist, das, percutan angewandt, die besten Resorptionsverhältnisse bei fast völlig fehlenden Reizerscheinungen aufweist. Es verdient daher überall da, wo Jod percutan angewandt wird, den Vorzug. Die Entscheidung, ob innerliche Darreichung von Jodkalium oder percutane Einreibung von Jothion vorzuziehen sei, wird von Fall zu Fall getroffen werden müssen. Wenn wir bei schweren luetischen Symptomen rasch einwirken wollen, so werden wir das Jodkalium schwerlich entraten können und es höchstens dann durch Jothion ersetzen, wenn Idiosynkrasie gegen Jodkalium besteht. Kommt es nicht darauf an, möglichst rasch einen therapeutischen Erfolg zu erzielen — aufser Lues kommen auch die Erkrankungen in Betracht, bei denen bisher Jodkalium verordnet wurde, wie Arteriosklerose, chronisch entzündliche Zustände innerer Organe —, so wird Jothion gerade wegen der Vorteile der Resorption von der Haut aus den Vorzug verdienen. Durch die Untersuchungen von LIPSCHÜTZ und SCHINDLER ist der gute therapeutische Effekt des Jothion bei tertiärer Lues erwiesen, durch diejenigen der Verfasser bei lokalen luetischen Erkrankungen. *A. Strauſs-Barmen.*

Zur percutanen Salicylbehandlung, von EDMUND SAALFELD-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 19.) Im Jahre 1893 berichtete BOURGET-Lausanne von der Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus mit einer Salicyl- bezw. Salicyl-Terpentinsalbe und betonte in seiner grofsen Arbeit schon die keratolytische Kraft der Salicylsäure. Mehrmals wurde diese Behandlung auch andererseits angewandt, um bald aber vergessen zu werden.

Das Gaultheriaöl brachte die Frage der percutanen Behandlung wieder auf, und es entstanden das Mesotan und Rheumasan. Den Vorzug einer deutlichen Salicylwirkung, ohne unangenehme Erscheinungen von seiten der Haut hervorzurufen, besitzt nach SAALFELD eine früher Velosan, jetzt Fetrosol genannte Salbe. Dieselbe besteht aus dem dermatologisch sich bewährenden Constituens Fetron und aus Salol; diese Beigabe dürfte in der Hauptsache die vorteilhafte Wirkung bei impetiginösem Ekzem sowie bei Impetigo contagiosa bedingen. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über den therapeutischen Wert des Pyrenol, nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem, von FRITZ LOEB. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 41.) Das Pyrenol ist ein weifses, kristallinisches, leicht hygroskopisches Pulver von aromatischem Geruch und süfslichem, leicht prickelndem Geschmack. Es ist in Wasser (1 : 5) und Alkohol (1 : 10) löslich und seiner chemischen Zusammensetzung nach eine nach vielen vergeblichen Versuchen gelungene Verbindung von Salicylsäure, Benzoesäure und Thymol zu einem Natriumsalz.

Das Pyrenol (kein galenisches Präparat!) hat einen Salicylgehalt von ca. 0,4%. Die maximale Tagesdosis betrug bei Erwachsenen zweistündlich (= sechsmal pro die) 1 Efslöffel (= ca. 15 g) der 5%igen Sol. Pyrenoli (= Rp. Sol. Pyrenoli 10,0:200,0); also sechsmal 15 = 90 g Pyrenollösung = 4,5 g Pyrenol mit einem Gehalt von 0,4% Natr. salicylic. = 1,8 g Natr. salicylic.

Bei der Verabfolgung in Tablettenform gab Verfasser sechsmal täglich eine Tablette à 0,5 g Pyrenol = 3,0 g Pyrenol = 1,2 g Natr. salicyl.

Die Ergebnisse der Untersuchungen am Augusta-Hospital in Berlin über den Einfluſs der Salicylmedikation (im Pyrenol) auf das Urogenitalsystem können kurz in

folgendem Satz zusammengefaſst werden: Die Dosen, mit denen der Praktiker täglich zu arbeiten in der Lage ist, werden nie eine „Nierenreizung" (toxische Nephritis) erzeugen. *A. Strauſs-Barmen.*

Das Salicylarsenquecksilber, von Alfred Martinet. (*Presse méd.* XII. Jahrg. Nr. 102.) Das auch Enesol genannte Salicylarsenquecksilber stellt ein weiſses amorphes Pulver, das in Wasser bis zu vier Gewichtsprozent löslich ist, dar. Es enthält 38% Merkur und 14% Arsenik. Die Giftigkeit ist gering, weil beide Gifte, Quecksilber wie Arsen, sich in latent gebundenem Zustande befinden. Das Präparat wirkt sowohl gut toxisch als antisyphilitisch. Coignet und Breton haben an der Antiquaille zu Lyon 1200 Einspritzungen mit dem neuen Heilmittel vorgenommen und gute Erfolge gesehen, und zwar in allen Stadien der Syphilis. Von einer 3%igen Lösung von von Salicylarsenmerkur gaben die Autoren durchschnittlich 1—4 ccm für den Tag, entweder in Serien von 20 Einspritzungen mit zehntägiger Pause oder 6—8 ccm in gröſseren Zwischenräumen. *Hopf-Dresden.*

Anwendung des Stovains in der Dermatologie, von Beurmann und Tan (*Bull. de la Société franc. de Dermatol.* XV. 1904. Nr. 9.) Stovain, das in erster Linie von französischen Autoren geprüfte, aber neuerdings auch deutscherseits, und zwar von deutschen Chirurgen mit Erfolg angewandte Ersatzmittel des Kokains hat sich auch in die Dermatologie einzuführen gewuſst. B. und T. benutzten das Stovain, um erstens Ulcerationen, Kondylomata, Papeln usw. durch Betupfen mit einer 5%igen Lösung unempfindlich zu machen, und zweitens zur Injektion bei kleinen dermatologischen Operationen, wo es galt, schmerzlos Inzisionen, Plastiken, Abtragungen, Kauterisationen u. a. m. vorzunehmen. Gerade hier kommt oft eine vielfache Verteilung der Injektion und damit eine gehäufte Anwendung des anästhesierenden Mittels selbst vor, und hier ist es daher von Wesenheit, ein Mittel zu haben, das oft und eben gleichzeitig benutzt werden kann. Dazu ist vor allem eine relative Ungiftigkeit des Präparates nötig. Eine solche ansprechende Eigenschaft hat das Stovain, das nach Chaput an Wirksamkeit dem Kokain, namentlich bei Injektionen, nicht nachsteht, aber wesentlich (um $^1/_2$ bezw. $^1/_3$) weniger giftig ist als das Kokain. Dazu kommt ferner noch die Haltbarkeit der Stovainlösung und die Sterilisierbarkeit fertiger Lösungen, selbst im strömenden Wasserdampfe. Das Stovain wurde im Jahre 1904 durch den französischen Chemiker Dr. Fourneau in dem ersten chemischen Institut der Universität zu Berlin entdeckt und wird von der Firma I. D. Riedel-Berlin hergestellt und ist wohlfeiler als das Kokain. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über Thigenol, von Béla von Köszeghy-Winkler. (*Neue Therapie.* 1904. Nr. 6.) Bei Ekzemen wird die bedeutende Linderung des Juckreizes und Brennens, das die Kranken oft bis zu einem unerträglichen Grade quält, nach Anwendung von Thigenol ganz besonders hervorgehoben. Diese eminente Wirkung verschafft dem Mittel einen unschätzbaren Wert. Es wird ferner gelobt bei seborrhoischen Zuständen und bei Skabies. Weiterhin behandelte Verfasser 13 Fälle von Ulcus cruris mit Thigenol und war von den damit erreichten Resultaten überrascht. In geradezu kurzer Zeit bedeckte sich die granulierende Fläche von allen Seiten her mit frischem Epithel und Monate hindurch bestandene Geschwüre kamen in Tagen bis wenigen Wochen zu vollständiger Heilung. Nur in dem obengenannten Falle muſste aus den angegebenen Gründen mit der Thigenolbehandlung ausgesetzt werden.

A. Strauſs-Barmen.

Über das Thigenol, eine neue organische Schwefelverbindung, und seine Anwendung bei Hautkrankheiten, von Iwan Bloch. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1904. Nr. 23.) Verfasser äuſsert sich über das Thigenol, das er bei den verschiedensten Hautleiden, namentlich Ekzemen, prüfte, folgendermaſsen:

Alles in allem stellt das Thigenol eine wirkliche Bereicherung unseres dermatologischen Arzneischatzes dar und kann als ein grofser Fortschritt auf dem Gebiete der Schwefeltherapie der Hautkrankheiten bezeichnet werden. Ich zweifle nicht daran, dafs es infolge einer angenehmen Eigenschaften, seiner relativ milden und dabei doch nachhaltigen Wirkung bald eine vielseitige Verwendung finden wird.

A. Strauſs-Barmen.

Über die Anwendung des Thiols in der dermatologischen Praxis, von LEREDDE-Paris. (*Fortschritte der Med.* 1905. Nr. 8.) Unter die Zahl der schwachen Reduktionsmittel, die als antiparasitäre und antipruriginöse Mittel eine Rolle spielen, gehört das dem Ichthyol verwandte Thiol, das in zwei verschiedenen Formen in den Handel (J. D. Riedel, A.-G. in Berlin) kommt.

Das Thiolum liquidum ist eine sirupartige, schwarzbraune, schwach nach Juchten riechende Flüssigkeit, die sich leicht in Wasser und Glycerin löst. Von Vorteil ist der fast angenehme Geruch und die aufserordentliche Nachgiebigkeit der aufgepinselten oder getrockneten Thiolschicht, die als zarte Firnifsdecke ein Drücken oder Reiben auf der Haut ausschliefst. Daneben gibt es noch, und das ist für eine vielseitige Anwendung in spirituösen oder wässerigen Emulsionen, oder in Salben- und Pastenform sehr angenehm, das Thiolum siccum, das als braunes Pulver von angenehmem Geruch und wenig bitterlichem, schwach adstringierendem Geschmack sich sogar zu internem Gebrauch eignet. Hier kommt noch dazu für beide Arten des Präparates, dafs sie in der Wäsche keine bleibenden Flecken hinterlassen.

Überall, mag das nun beim Ekzem oder der Seborrhoe oder dem Intertrigo, oder mag der Pruritus essentiell sein, überall kommt die juckstillende Wirkung zuvörderst in Betracht, auch bei der artefiziellen Dermatitis; wenigstens, sobald die ersten Reaktionen geschwunden sind, eignen sich Umschläge mit einer 0,5- bezw. 1%igen Lösung von Thiol in abgekochtem Wasser, halbfeucht, mit Seidengaze überdeckt und zwei- bis dreimal alle 24 Stunden gewechselt, desgleichen Thiolpasten, welche die Haut austrocknen und die Sekretmassen absorbieren.

Bei Pityriasis des behaarten Kopfteiles läfst L. die affizierte Partie mit Thiolum liquidum, zur Hälfte mit Wasser oder Alkohol verdünnt, bestreichen.

Schliefslich auch bei dem infantilen Ekzem hat L. mit Vorliebe Pasten, Pinselungen, halbfeuchte Umschläge mit Thiol kombiniert.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Beiträge zur Kenntnis der Vasole und Vasogene, von WILHELM MEITZER-Wostitz. (*Reichs-Med.-Anzgr.* 1904. Nr. 19—25. Der Artikel zieht, indem er die mit verschiedenen Medikamenten versetzten Vasole und Vasogene durchgeht, Vergleiche betreffs der Wirkung. Die Vasole sind verseifte Vaseline. Die Vasogene werden als oxydierte Vaseline bezeichnet, doch enthalten sie kein Vaselinum oxydatum, sondern nur ein oxygenatum. Zwar wird behauptet, dafs kein Vehikel die Resorption mehr fördert als das Vasogen. Gegenüber den Vasolen trifft das aber jedenfalls nicht zu. Am besten läfst sich der Vergleich bei Salicylvasol und Salicylvasogen ziehen. Beide enthalten auf 90 Teile Vasol oder Vasogen 10 Teile Salicylsäure. Die letztere läfst sich dann leicht im Urin der Kranken nachweisen, denen man auf gleicher Fläche gleiche Präparatenmengen in gleicher Art appliziert hat. Und gerade hier befördert Vasol viel besser die Resorption. Nach den Versuchen des Verfassers hatte der Urin zur Zeit, wo beim Salicylvasogen noch keine Spur Salicyl im Harn war, beim Vasol schon bedeutende Mengen davon. Scheinbar spaltet letzteres eben die Salicylsäure leichter ab. Auch die gewollte aktive Hyperämie tritt beim Vasogen später ein als beim Vasol. Nicht zu unterschätzen in der Praxis ist ferner der Umstand, dafs letzteres billiger als das Vasogen ist.

Des weiteren geht nun der Verfasser die einzelnen Vasole durch. Es sei hierbei nur das wiedergegeben, was von dermatologischem Interesse in diesen Ausführungen ist. Will man eine Hautentzündung hervorrufen, welche die obersten Epidermislagen in Fetzen entfernt, so gebe man Salicylvasol in Kompressenform unter Billroth-Battist. Nach einigen Stunden beim Auftreten von Jucken und Brennen entfernt man den Verband. Die Abschuppung erfolgt dann nach einigen Tagen. Als Ersatz des Ichthyols möchte das 10%ige Petrosulfol-Vasol bezeichnet werden, eine zähe Flüssigkeit von teerartigem Geruch. Es ist nach Ehrmann ein bakterizides und reduzierendes Mittel; diese reduzierende, resorbierende Wirkung ist in ihrer Stärke von der Art der Applikation des Petrovasols abhängig. Vom einfachen Einreiben kann man zu Kompressen, die mit dem Mittel getränkt sind, und zu Einpinselungen mit einem starken Borstenpinsel übergehen. Die stärkste Anwendung ist die Kombination der letzten beiden Kombinationsarten. In Frage kommen für diese Behandlung stark infiltrierende chronische Ekzeme. Im Wechsel mit Burowschen Umschlägen wirkt Petrovasol sehr gut bei Sykosis barbae. Die erweichende, keimwidrige und antiphlogistische Eigenschaft des Mittels tritt vorzüglich in Erscheinung bei Furunkeln. Anregend wirkt es ferner bei torpiden, hartrandigen Unterschenkelgeschwüren. Bei Verbrennungen ist das Petrovasol angebracht, weil es granulationsbildend und epidermisbildend wirkt, dazu schmerzstillend. Bei Erysipel ist die Wirkung des Petrosulfovasols der des Ichthyols zu vergleichen. Die Erkrankung kommt nach Meitners Erfahrungen sofort zum Stillstand. Auch das universelle Jucken wird vom Petrovasol ausgezeichnet beeinflufst. Das Quecksilbervasol, von heller grauer Farbe und weicher Konsistenz, ist leichter verreibbar als die offizinelle graue Salbe und spaltet das Merkur zur Resorption vorzüglich ab. Auch das Jodoformvasol, eine 2%ige richtige Lösung, nicht Suspension des Jodoforms in Vasol, bewirkt gute Granulationsbildung. Das Jodvasol besteht aus 93 Gewichtsteilen flüssigem Vasol und 7 Gewichtsteilen metallischen Jods und ist eine schwarzbraune Flüssigkeit. Die Indikation ist die der Jodpräparate. Beim Aufreiben verbreitet es einen starken Jodgeruch, ohne die Haut stark braun zu färben. Dabei ist die Färbung leicht abwaschbar. Aufserdem beschmutzt das Jodvasol die Leibwäsche nur minimal. *Hopf-Dresden.*

Über die therapeutische Verwendung des Wasserstoffsuperoxydes, von Aesculap. (*Ther. Monatsber.* 1905. Nr. 2 u. 3.) 1. Aus dem Gebiete der Dermatologie sei folgendes hervorgehoben: W. F. Brown hat Überschläge mit Wasserstoffsuperoxyd als vorzügliches Mittel gegen beinahe sämtliche Formen des akuten Ekzems empfohlen, da sowohl die seröse oder eitrige Sekretion wie auch die entzündlichen Erscheinungen, besonders der Pruritus, bei dieser Behandlung alsbald verschwinden, so dafs die definitive Heilung unter einer einfachen Borzinksalbe und Waschungen mit Kalkwasser einzutreten pflege. Bei perianalem Ekzem verordnet Brown zweimal täglich Waschungen mit H_2O_2-Lösung, trocknet sorgfältig ab und pinselt mit einer Mischung von Glycerin und Bleiessig.

Entgegengesetzter Ansicht ist M. Oppenheim, welcher an der Wiener dermatologischen Klinik ausgedehnte Versuche mit H_2O_2 gemacht hat. Er sagt: „Bei akutem Ekzem ist die H_2O_2-Behandlung in irgendeiner Form nicht nur ohne Erfolg, sondern sie erzeugt eine Steigerung der Erscheinungen. Ebenso beim chronischen Ekzem."

Dagegen hat Cochart, ein Schüler von Marfan, die in der Klinik des letzteren bei allen pruriginösen Affektionen des Kindesalters mit H_2O_2 erzielten Resultate in seiner Dissertation niedergelegt. Marfan verwandte damals noch das gewöhnliche Wasserstoffsuperoxyd des Handels in 12(Vol.)%iger Lösung, mit welcher zweimal täglich Waschungen vorgenommen wurden. Beginnende, noch nicht vereiterte Eruptionen heilten gewöhnlich rasch ab. Hatten sich Abscesse gebildet, so mufsten die-

selben natürlich eröffnet werden; aber die Waschungen mit H_2O_2 verhinderten die Bildung neuer Eiterherde. — Ebenso hat Hallopeau bei einem jungen Mädchen mit Pyodermitis der Hand, die fünf Jahre lang vergeblich mit allen möglichen Methoden behandelt war, durch Applikation von H_2O_2 (4 Vol. %) vollständige Heilung erzielt.

Gegen die Psoriasis vulgaris ist das Mittel von E. Luton besonders empfohlen worden, der dasselbe in einem hartnäckigen Falle zunächst äufserlich, dann aber in subcutaner Injektion anwandte.

Gegen Favus ist das Wasserstoffsuperoxyd mit Erfolg angewandt worden von Simonelli, welcher in drei Fällen durch die Verwendung von mit H_2O_2 à 10—12 Vol % getränkten Kompressen rasche Heilung eintreten sah, trotzdem nur in einem der Fälle die Epilation war vorgenommen worden. Ebenso berichtet Oppenheim über einen Fall von Favus, in welchem durch zweistündlich gewechselte Kompressen mit der 5%igen Lösung des Merckschen Präparates in 24 Stunden die Auflagerungen samt den erkrankten Haaren vollkommen entfernt waren, so dafs die glatte, rote Kopfhaut nackt zutage trat und bald der völligen Heilung entgegenging.

Bei einer anderen Dermatomykose, dem Herpes tonsurans hat A. Bjelussow die 2%ige Lösung mit Erfolg angewandt.

Seine gröfsten Triumphe feiert dagegen das Mittel in der Behandlung fast aller ulceröser und speziell gangränöser Prozesse der Haut, wie dies zum Teil schon im Abschnitt über die Chirurgie betont worden ist. Duncan Bulkley behandelt mit gutem Erfolge Ulcera cruris mit Kompressen von H_2O_2. Ebenso Ravasini, welcher aufser bei Ulcus cruris mit atonischem Grunde auch bei tertiären, phagadaenischen Geschwüren sowie bei Ulcus molle günstige Erfahrungen gesammelt hat. Auch Nowikow wendet das Mittel bei Ulcus cruris mit Erfolg an, indem er die Geschwüre mit 3%iger Lösung abspült und dann Kompressen, die mit derselben Lösung getränkt sind, auflegt. Kozlowsky, Tartaczuch, Scholz bestätigen diese Erfahrungen bei Ulcus cruris.

Eine ausgedehnte Verwendung findet das Wasserstoffsuperoxyd in der Kosmetik. Schon lange zur Bleichung dunkler Haare in Anwendung, ist es in neuerer Zeit auch gegen Epheliden, Naevi pigmentosi und pilosi, Comedonen, Akne vulgaris usw. empfohlen worden. So hat P. Gallois bei Epheliden günstige Erfolge gesehen, zugleich aber noch konstatiert, dafs H_2O_2 ein ausgezeichnetes Mittel zur Epilation darstellt. Er verfährt so, dafs er einen mit H_2O_2 getränkten Tampon auf die zu enthaarende Stelle während einiger Minuten aufgedrückt hält, was täglich wiederholt wird. Der Erfolg ist, dafs die Haare immer blasser und bald fast unsichtbar werden, allerdings nicht definitiv, so dafs nach einiger Zeit das Verfahren wiederholt werden mufs.

An der Unnaschen Klinik hat Cohn über drei Fälle von Pigmentmälern berichtet, welche durch Betupfen mit der unverdünnten Lösung und Trocknenlassen innerhalb 1—4 Wochen zum gröfsten Teile zum Verschwinden gebracht wurden. Oppenheim, der dies ebenfalls versuchte', konnte jedoch keinerlei Wirkung konstatieren — aufser einer Dermatitis, wenn er den Wattebausch bis zu zwei Stunden aufgedrückt hielt.

Endlich bemerkt Scholtz, dafs er bei Comedonen, Akne, Epheliden und Pigmentationen anderer Art „zwar einige Male ganz gute Erfolge gesehen" hat, die jedoch seine auf das Präparat gesetzten Hoffnungen nicht erfüllten.

2. Wasserstoffsuperoxyd in der Urologie. Das H_2O_2 eignet sich nicht bei Urethritis acuta anterior et posterior, dagegen wird es von Scholtz im Terminalstadium und bei chronischer Blennorrhoe und besonders bei chronischer postblennorrhoischer Urethritis empfohlen, sei es allein (1 : 200 bis 1 : 100), sei es mit einem Argentumzusatz von ¼ ‰ bis 1 ‰ zu Injektionen (150 bis 600 ccm, 1—2—5

Minuten lang). Die Wirkung beruht hier offenbar auf den reinigenden und antiseptischen Eigenschaften; aufserdem kommt eine stärkere Epithelabstofsung dadurch zustande.

Während Oppenheim die Cystitis nur dann als Indikation für H_2O_2-Spülungen ansieht, wenn der putride Geruch des Urins rasch zum Verschwinden gebracht werden soll, so empfiehlt Scholtz Spülungen mit der Lösung 1 : 300 bis 1 : 100, bei manchen Formen chronischer Cystitis, besonders wenn es den gewöhnlichen Spülungen nicht gelingt, die Blasenschleimhaut vom anhaftenden Schleim und Eiter zu reinigen.

A. Strauſs-Barmen.

Vergiftung nach Gebrauch von Wismutbrandbinden, von Schabche-Chateau-Salins (Lothringen). (*Therap. Monatsh.* 1905. Nr. 7.) Es handelt sich um ein sechsjähriges Mädchen mit schweren Brandwunden; teilweise wurde feuchte Behandlung, teilweise Brandbinden angewandt. An den Stellen, wo letztere lagen, entwickelte sich teigige Anschwellung, der Urin wurde trübe, enthielt viel Eiweifs; es zeigte sich eine frische Nephritis. Dieselbe schwand bald nach Weglassen der Binden ziemlich, doch ging das Kind an Erschöpfung zugrunde. Es ist bekannt, dafs das salpetersaure Wismut von einer äufseren Wundfläche aus Vergiftung, insbesondere Nierenentzündung hervorrufen kann, man mufs also die Brandbinden stets nur mit Vorsicht anwenden und bei granulierenden Flächen vermeiden und stets den Harn beobachten. Bei frischen Verbrennungen sind die Binden dagegen sehr am Platze.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Quecksilbervergiftungen mit besonderer Berücksichtigung der Sublimatvergiftungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte, von W. Wolf-Minden. (*Dtsch. med. Ztg.* 1905. Nr. 36—39.) Die sicherste Stütze einer Quecksilbervergiftung ist der chemische, womöglich quantitave Nachweis des Quecksilbers in den Organen oder Sekreten oder in den noch vorhandenen Giftresten. Wenn beim Mifslingen des chemischen Nachweises das dem Tode vorausgegangene Symptomenbild im ganzen das Gepräge der Quecksilbervergiftung trägt und der Leichenbefund sowie die ermittelten äufseren Umstände übereinstimmend auf eine mit Quecksilber stattgehabte Intoxikation hindeuten und die Erscheinungen im Leben und nach dem Tode eine andere Todesursache in keiner Weise annehmen lassen, dann ist der Gerichtsarzt ebenfalls berechtigt, mit Gewifsheit den Tatbestand einer Quecksilbervergiftung anzunehmen. Dagegen kann aus der Gesamtheit der nach Quecksilbervergiftung gewöhnlich festzustellenden Leichenerscheinungen niemals allein die Diagnose des Quecksilbertodes gestellt werden, da dieselben Erscheinungen sich auch nach anderen Vergiftungen oder nach natürlichen Krankheiten finden können. Uns interessiert hier natürlich nur die Vergiftung nach therapeutischen Mafsnahmen, z. B. infolge von Versehen oder übertriebener Anwendung des Sublimates bei Wund- und Hautbehandlung. Das gröfste Kontingent der namentlich chronischen Quecksilbervergiftungen stellen die gewerblichen Vergiftungen, wie beim Arbeiten in Quecksilberbergwerken, beim Befördern zinnoberhaltiger Erze, beim Präparieren, Konservieren, Amalgamieren, in der Chemie und Photochemie, in den Thermo- und Barometer- sowie Zündhütchenfabriken und nicht zum wenigsten in den Spiegelbelaganstalten.

Die Aufnahme in den Körper kann erfolgen durch Dämpfe, durch Einreiben in die Haut, durch Resorption von Geschwüren und Wundflächen, ja selbst von der intakten äufseren Haut aus, durch subcutane Injektionen, durch Applikation einer Eingiefsung in den Mastdarm usw. und schliefslich per os. Die akuten Vergiftungsfälle nehmen den letalen Verlauf infolge von Herzlähmung oder zentrale Lähmung oder Glottisödem oder Blutzersetzung. Sind die ersten Erscheinungen der Vergiftung überwunden, so treten die Veränderungen des Darmkanals und der Nieren und der

Haut zutage; an letzterer findet sich cyanotische Verfärbung und entweder Erythem (ähnlich der Scarlatina, Urticaria oder dem Erysipel) oder ein Ekzem (papulös, vesikulös, bullosös, pustulös) oder Purpura oder Pemphigus oder bei externer Behandlung zeigt sich eine Follikulitis. Später treten Lähmungen auf. Alle diese Erscheinungen können abheilen, doch kommt es auch zu einer chronischen Quecksilbervergiftung unter dem Bilde einer Kachexie (Cachexia mercurialis). W. beschreibt diese und des weiteren das genaue Bild der Autopsie mit ausgiebigsten literarischen Belegen, wie überhaupt diese Arbeit einen überreichlichen Ausweis aller literarischen Angaben bietet.

Leider ist das pathologisch-anatomische Ergebnis kein ausschlaggebendes, wie eingangs erwähnt, weil je nach den örtlichen Verhältnissen andere Vergiftungs- und auch Krankheitsbilder hineinspielen können.

Es bleibt daher weiter nichts übrig, als mit genauer gerichtsärztlicher Technik den Inhalt namentlich des Verdauungskanales aufzunehmen und denselben gerichtschemisch zu untersuchen. Für alles dies gibt die aufserordentlich fleifsige Arbeit einen übersichtlichen Anhalt. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Ein Fall von Glykosurie nach medikamentöser Quecksilberverabreichung, von Cl. J. Faugonnet-Nyon. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 20.) Einem 20jährigen Kranken, der mit einer frischen syphilitischen Infektion in die Berner dermatologische Klinik gekommen war, wurde einmal 0,1 salicylsaures Quecksilber und dann jeden zweiten Tag 1 ccm einer 5%igen Lösung von nukleinsaurem Quecksilber injiziert. Am Tage nach der achten Einspritzung fand sich im Urin Zucker; in 24 Stunden wurden 2150 ccm Harn mit 0,8% = 17,2 g Zucker ausgeschieden, am folgenden Tage enthielt der Harn noch 0,2 Dextrose, tags darauf war kein Zucker mehr nachweisbar. Zwei weitere Injektionen von nukleinsaurem Quecksilber hatten die gleiche, leichte, 48 Stunden andauernde Glykosurie zur Folge, und auch nach zwei Sublimateinspritzungen, die dann gemacht wurden, wurde Zucker, wenn auch in geringerer Menge, ausgeschieden; die Glykosurie war also sicher eine Quecksilberwirkung, nicht eine Wirkung speziell des nukleinsauren Quecksilbers. Während der zum Schlusse vorgenommenen Inunktionskur war die Zuckerausscheidung sehr inkonstant und ganz gering, nach Beendigung der Quecksilberbehandlung wurde der Urin frei von Zucker und blieb es auch. Verabreichung von 100 g Traubenzucker ergab, dafs eine Herabsetzung der Toleranz für Kohlehydrate bei dem Kranken, solange er nicht unter Quecksilberwirkung stand, nicht vorlag. Am Schlusse der Behandlung enthielt der Urin zweimal Spuren von Albumen, einmal zugleich mit einer Spur Zucker; Aceton und Acetessigsäure konnten nie nachgewiesen werden. Abgesehen von einer leichten, am Ende der Kur auftretenden Stomatitis zeigte der Mann keinerlei Erscheinungen von Quecksilberintoxikation; Körpergewicht und Hämoglobinmenge blieben unverändert.

Zur Aufklärung der Pathogenese der Quecksilberglykosurie trägt die Beobachtung nichts Wesentliches bei; sie mufs aber jedenfalls dazu anregen, bei Quecksilberkuren den Harn auch systematisch auf Zucker zu untersuchen. *Götz-München.*

Eine lebenbedrohende Intoxikation bei Anwendung 50%iger Resorcinpaste, von Sigismund Kaiser-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 33.) Dafs selbst das bei äufserer Anwendung als absolut unschädlich angesehene Resorcin in starker Konzentration zu bedenklichen Intoxikationen führen kann (natürlich bei einer gewissen Idiosynkrasie), beweist ein Fall aus der Breslauer Klinik, den Verfasser beschreibt. Es handelt sich um einen 29jährigen Schneider, der eine sehr an Psoriasis erinnernde Hautkrankheit hatte, die sich aber bei näherer Betrachtung als Lupus vulgaris diagnostizieren liefs. Neben anderer Behandlung wurde an einzelnen

Stellen ein Verband mit 50%iger Resorcinpaste angewendet. Sehr bald darauf trat starker Schweifsausbruch und heftiger Schmerz, Bewufstlosigkeit ein; Patient beginnt zu toben und fällt in heftige Krämpfe, Puls fliehend, Atmung beschleunigt und keuchend. Dieses Exzitationsstadium dauert, während die Resorcinpaste sorgfältig entfernt wird, zehn Minuten. Dann liegt Patient steif in Opisthotonus, es folgt vollständige Lethargie, der Puls bleibt klein. Etwa eine Stunde nach Beginn des Anfalles bessert sich der Puls, nach zwei Stunden antwortet Patient wieder. Nach 3½ Stunden erster Urin grünlich, wird an der Luft schnell schwarz. Nach vier Tagen ist Patient wieder gesund. Urin noch schwach verfärbt, ohne Eiweifs. — Ähnliche Erscheinungen wurden schon bei innerer Anwendung von Resorcin beschrieben.

Bernhard Schulze-Kiel.

Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde, von E. Harnack-Halle. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 22.) In dem von Dopfer in der *Münch. med. Wochenschr.* mitgeteilten Falle bemerkt Verfasser, dafs auch er eine tödliche Borsäurevergiftung für möglich hält. Auf krankhaft veränderte Haut kann die Borsalbe, namentlich wenn es sich um eine gröfsere Resorptionsfläche handelt, recht wohl rasche Zerfallsprozesse veranlassen, die unter Umständen zu unliebsamen Folgen führen können. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Fall von Erblindung nach Atoxylinjektionen bei Lichen ruber planus, von W. Bornemann-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 21.) Eine 58jährige Patientin erhielt wegen Lichen ruber planus im Verlaufe von ungefähr drei Monaten 27 g Atoxyl in Form einer 20%igen Lösung injiziert. Nach zweimonatlicher Behandlung stellten sich Intoxikationserscheinungen leichter Art ein, denen keine Bedeutung beigelegt wurde. Bald darauf begannen, während die Einspritzungen fortgesetzt wurden, Sehstörungen, die rasch zu einer nahezu vollständigen Amaurose führten; aufserdem entstanden im Gesicht und an der Streckseite der Hände ödematöse Hautschwellungen und an den Handtellern und Fufssohlen Hyperkeratosen. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab das Bild der Sehnervenatrophie; diese war gleich der Hautödeme und der Hyperkeratosen der Ausdruck einer Atoxylvergiftung. Während die beiden letzten Erscheinungen nach Aussetzen der Injektionen unter Behandlung mit Zinkpaste und Lotio Zinci ziemlich rasch verschwanden, widerstand die Amaurose allen therapeutischen Mafsnahmen. Harn und Fäces enthielten noch drei Wochen nach der letzten Injektion Arsen in grofser Menge. Welchem der beiden Komponenten des Atoxyls die Vergiftungserscheinungen zuzuschreiben sind, ob dem Arsen oder dem Anilid oder, was nicht unwahrscheinlich ist, beiden zusammen, läfst sich nicht mit Sicherheit entscheiden. Jedenfalls aber beweist der Fall, dafs das Atoxyl durchaus nicht so reizlos und unschädlich ist, wie Schild behauptet.

Götz-München.

Angioneurosen.

Histologische Untersuchungen über das Ödem der Haut und des Unterhautzellgewebes, von Kurt Ziegler-Breslau. (*Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.* XXXVI. 1904. S. 435.) Da bisher weniger die histologischen Veränderungen der ödematösen als vielmehr die Ergründung der Ursache und der Entstehungsursache des Ödem der Gegenstand der Untersuchung waren, so unterzieht sich Z. im pathologischen Institut der Universität Freiburg i. Br. der Aufgabe, die histologischen Gewebsveränderungen der Haut und des Unterhautzellgewebes bei verschiedenen Formen des Ödems mikroskopisch zu verfolgen. Er benutzt zu seiner höchst eingehenden und fleifsigen Arbeit (4½ Druckbogen) 21 Fälle von Ödemen meist bei

hochgradigem Marasmus, bei allgemeiner oder lokaler, venöser Stauung, bei akuter und chronischer Nephritis und bei akuter Miliartuberkulose, und er teilt die Ödeme der Haut und des Unterhautzellgewebes histologisch ein in zwei Hauptgruppen, die nichtentzündlichen und die entzündlichen Ödeme. Zu den ersten gehören die marantischen, die Blut- und Lymphstauungsödeme; sie sind charakterisiert durch Dilatation und erhöhte Durchlässigkeit der Gefäfse, die ihren Anfang in den subcutanen Kapillaren nimmt.

Das entzündliche Odem ist bedingt durch das Auftreten gewisser chemisch wirksamer Stoffe, welche zu stärkerer Gewebs- und Gefäfsläsion und Gewebstod führen können und durch ihre Anwesenheit oder durch die Zerstörungsprodukte zu aktiver Auswanderung und vermehrter Ansammlung zunächst der viel- und polymorphkernigen Leukocyten des Blutes führen. Zu den entzündlichen Ödemen gehören auch gewisse nephritische Odeme. Der Flüssigkeitsaustritt erfolgt nicht durch eine Erhöhung der sekretorischen Tätigkeit der Kapillarendothelien unter irgendwelchen pathologischen, funktionellen Reizen, sondern ist der Ausdruck einer Schädigung derselben, welche zu Verminderung bis vollständigem Verlust ihrer regulatorischen Funktion führen kann.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über die im Gefängnis Düsseldorf-Derendorf beobachteten Hautödeme unbekannten Ursprungs, von Eschweiler-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 22.) Verfasser beobachtete innerhalb zweier Jahre etwa 17 Fälle von Hautödem, bei denen sich trotz genauer Untersuchung keine Ursache nachweisen liefs. Es handelte sich um Männer im Alter von 17 bis 59 Jahren, die einige Tage oder Wochen zuvor gesund ins Gefängnis eingeliefert worden waren. Sie bekamen plötzlich starke Anschwellungen der Füfse und Unterschenkel, vielfach breitete sich das Ödem noch weiter über Oberschenkel, Bauch, Brust und Gesicht aus. Stets waren die Beine am stärksten geschwollen. Das Allgemeinbefinden war wenig gestört, die Temperatur normal, der Puls auffallend langsam, Urin stets klar und eiweifsfrei. Die Ödeme verschwanden ohne besondere Behandlung; die Dauer ihres Bestehens schwankte zwischen fünf Tagen und sechs Wochen. Die Zeit zwischen der Einlieferung und dem Auftreten der Odeme wechselte zwischen drei Tagen und 5½ Wochen. Wiederholt erkrankten Gefangene bei einer späteren abermaligen Einlieferung wieder an diesen Ödemen. Bemerkenswert ist, dafs fast sämtliche Fälle Gefangene betrafen, denen eine bestimmte Arbeit, das Aussuchen von Lakritzpastillen, auferlegt war. Bei dieser Arbeit sind die Gefangenen zu fast absolut ruhigem Stillsitzen an kleinen Tischen verurteilt. Bei dem Fehlen jeder anderen Ursache glaubt Verfasser, dafs die Beeinträchtigung der Blutzirkulation für die Entstehung der Ödeme verantwortlich zu machen ist.

A. Loewald-Kolmar.

Ursachen und Behandlung des Ödems, von J. D. Mann-Salford. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1905.) Nach einer kurzen Besprechung des durch Beeinträchtigung der Herztätigkeit bedingten Ödems geht M. auf den Entstehungsmodus des Ödems bei Nierenleiden ein. Von anderer Seite (Widal und Javal, Halpern) ist gefunden worden, dafs dem Ödem eine Retention von NaCl voraufgeht, und sie nehmen an, dafs die Niere die Fähigkeit, das Salz zu eliminieren, mehr oder weniger verloren habe. Andere Autoren dagegen konnten diese Auffassung nicht bestätigen. M. fand bei seinen Patienten mit Brightscher Niere grofse Schwankungen in der Menge der täglichen NaCl-Ausscheidung, trotz gleichbleibender Diät und Behandlung, und es waren auch keine konstanten Wechselbeziehungen zwischen dem Grade des Ödems und der Menge des zurückbleibenden Salzes zu konstatieren. Immerhin aber hat er auch gefunden, dafs Ödeme bei Nierenkranken leichter verschwinden, wenn die Menge des aufgenommenen NaCl herabgesetzt wird. Er belegt dies mit einem Fall

bei einem 23jährigen Manne, welcher seine Ödeme in einigen Wochen verlor, als er neben Theocin (0,12 bis die) resp. Theobromin (0,96 bis die) eine Diät innehielt mit nur 8 g NaCl. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über das akute angioneurotische Ödem oder die QUINKEsche Krankheit, von ZILOCCHI. (*Rif. med.* 1905. Nr. 29.) Der Verfasser neigt, gestützt auf die Beobachtung eines eigenen Falles, zur Ansicht, daſs die Affektion kein Morbus sui generis, sondern eine symptomatische Erscheinung einer Intoxikation oder Infektion nach einer Störung im Stoffwechsel sei. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Dermographismus bei einem Ikterischen, von L. BOLLACK. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1904. 55. Bd.) Verfasser beschreibt einen interessanten Fall von Dermographismus bei einem luetischen Patienten mit Ikterus, der entgegengesetzt der BARTHÉLEMYschen Behauptung keinerlei Störung des nervösen Apparates aufweist. *Albert Niemeyer-Berlin.*

Seltene Lokalisation eines Antipyrinexanthems, von HEINRICH LORBL-Wien. (*Med. Blätter.* 1905. Nr. 27.) L. hatte Gelegenheit, ein Antipyrinexanthem auf der Mundschleimhaut bei einem 35jährigen Patienten zu beobachten. Der Kranke hatte ein Pulver, bestehend aus 0,2 Phenacetin und 0,8 Migränin (bekanntlich Antipyrincoffein citric. mit 85 % Antipyrin) genommen, und zwei Stunden später begann der Anfall mit dem Gefühl des Lahmwerdens der Zunge, dann trat Prickeln und Jucken in den Lippen, Wangen und an der Zunge auf. Nach vier Stunden war die Zunge erheblich geschwollen, das Sprechen erschwert. Nach sechs Stunden zeigten sich im ganzen Bereiche der Mundhöhle durchsichtige, linsen- bis bohnengroſse, mit klarem Serum gefüllte Bläschen. Diese platzten im Verlaufe der nächsten Stunden und Tage und hinterlieſsen flache, zum Teil konfluierende Geschwürsflächen. Nach zwei Tagen fand L. am harten Gaumen zwei geplatzte Blasen, miſsfarbig belegte, oberflächliche Geschwüre an Lippen- und Wangenschleimhaut; die untere Fläche der Zunge war mit groſsen, über die Fläche erhabenen, weiſslichen Wülsten bedeckt, auch die dazwischenliegende Schleimhaut war dunkelrot und geschwollen. Zahnfleisch frei. Starker Foetor ex ore. Fieber bis 39°. Nach 14 Tagen waren alle Erscheinungen zurückgegangen. Da von anderer Seite diese Erscheinungen auf die schlechten Zähne des Patienten zurückgeführt wurden, lieſs der Kranke eine gründliche Reparatur vornehmen; trotzdem kehrte der Anfall wieder. Skorbut, Diabetes und akute Leukämie waren infolge negativen Harn- und Blutbefundes auszuschlieſsen; Tuberkulose und und Lues bieten ganz andere Bilder. Nach Anamnese und Befund konnte es sich daher nur um ein Antipyrinexanthem mit ausschlieſslichem Befallensein der Schleimhaut handeln. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von Migräninexanthem, von ERICH HOFFMANN-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 31.) Ein 14jähriger Knabe bekam nach ½ g Migränin an der Lippe einen roten, juckenden Fleck, der sich zurückbildete; später nach 1 g Migränin trat der Fleck wieder auf, ebenso weitere am Rumpf, Augenlidern, Extremitäten, ebenso später neue nach nochmaligem Migräningebrauch, die nach Rückbildung braune Flecken zurücklassen. Solche Exantheme sind schon öfters beobachtet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die mikroskopischen Veränderungen beim Tuberkulinexanthem, von R. CHRONSTONLAW. (*Scott. Journ.* Sept. 1905.) L. hatte Gelegenheit, in drei Fällen, wo nach Tuberkulininjektionen von 1/10—1 mg (wegen Tuberculosis cutis verrucosa bei einem 14jährigen Mädchen, wegen Lupus vulgaris am Vorderarm und Fingern und wegen Skrophuloderma an Nase und Submaxillargegend bei einem 26jährigen Manne) papulös-erythematöses Exanthem auftrat, die Natur desselben mikroskopisch zu studieren. In allen drei Fällen zeigten sich ausgedehnte Zellveränderungen, die

Epidermis leichte Hyperkeratosis, das Corium rings um die Gefäfse Zellinfiltration (Rund- und Mastzellen in grofser Anzahl) und auch um die Follikel herum sind gröfsere Zellanhäufungen vorhanden, die elastischen Fasern teilweise zerstört. Während in den beiden ersten Fällen das Exanthem nach drei bis vier Tagen allmählich zurückging und einem etwa acht Tage währenden Abschuppungsprozesse Platz machte, hielt es im dritten Falle viel länger an und hatte hier sowohl klinisch wie mikroskopisch grofse Ähnlichkeit mit Lichen scrophulosorum. Bezüglich der Ursache dieser Exantheme ist es fraglich, ob Toxine oder Tuberkelbazillen, die immerhin vorhanden sein könnten, dieselbe abgeben; gegen die erstere Ätiologie spricht der Umstand, dafs weder Lichen scrophulosorum noch ähnliche Exantheme in Fällen vorgeschrittener Tuberkulose, wo man reichlich Toxine im Blute kreisend annehmen sollte, vorkommen. Immerhin schliefst L. aus seinen Beobachtungen, dafs die Tuberkulinexantheme als nahe verwandt dem Lichen scrophulosorum angesehen werden müssen.

Stern-München.

Betrachtungen über die Serumbehandlung der Diphtherie, von J. D. Rollestos. (*Practioner.* Mai 1905.) R. schreibt über die verschiedenartigen Exantheme, die nach dem Gebrauche des Diphtherieserums auftreten. Er teilt dieselben ein in a) scharlachähnliche, b) urticarielle und c) circinäre Erytheme. Nach einer genauen Beschreibung der Art und Zeit ihres Auftretens und ihrer Bedeutung für die Prognose gibt er eine kurze Angabe zur medikamentösen Behandlung dieser Ausschläge, die jedoch von der allgemein üblichen in nichts abweicht. Der übrige Teil der Arbeit behandelt die krankhaften Veränderungen des Urins bei Diphtherie.

A. Niemeyer-Berlin.

Beitrag zum scarlatiniformen Erythem bei Typhus, von Georges Pichard. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 525.) Das Erythema scarlatiniforme macht ungefähr den vierten Teil der infektiösen Erytheme bei Typhus aus; ein weiteres Viertel stellt das Erythema polymorphum; die Hälfte das Erythema rubeoliforme. Die Prognose ist oft schlecht. Im Gegensatze zu anderen Autoren ist Verfasser der Anschauung, dafs den Streptokokken in ätiologischer Beziehung am meisten Bedeutung zukommt.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Meningokokken-Septikämie, von Martini und Rondel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.) Ein Marinemaschinistenanwärter kam mit allen Zeichen einer schweren Infektionskrankheit ins Lazarett — auf derselben Hulk war ein anderer Marineangehöriger an Genickstarre verstorben. Schon am nächsten Tage frühmorgens trat in wenigen Stunden ein von den Unterschenkeln ausgehendes, schnell den ganzen Körper mit Einschlufs der Fufssohle überziehendes Exanthem auf, welches nur das Gesicht frei liefs. Es begann mit kleinen, stecknadelkopfgrofsen, nicht erhabenen, roten Flecken, die bis Linsengröfse anwuchsen und bald einen hämorrhagischen Charakter annahmen. Schliefslich stellten sie Petechien von unregelmäfsiger, strich- bis sternförmiger Gestalt dar, das Bild erinnert an Kratzaffekte. Es bestand keine Nackenstarre. Die Diagnose schwankte zwischen Septikämie durch einen Eitererreger und exanthematischem Typhus. Da die Hautembolien auf die Vermutung kommen liefsen, dafs vielleicht die Krankheitserreger nachweislich im Blute kreisen könnten, wurde zu eventuellem kulturellen Nachweise eine Blutentnahme aus einer Armvene ausgeführt und Kulturen gemacht. Am nächsten Tage waren in acht der mit dem Blute beschickten Bouillonröhrchen zahlreiche kaffeebohnenförmige Diplokokken gewachsen, von denen eine ganze Anzahl innerhalb von Leukocyten gefunden wurde, genau wie sie sich in den Eiterzellen des Lumbalsekrets bei epidemischer Genickstarre zu zeigen pflegen; sie waren Gram-negativ. Am selben Tage zeigte der Patient Symptome der Genickstarre. Die Lumbalpunktion ergab: Druck 320 mm;

es werden 80 ccm einer ziemlich schnell abfliefsenden, gelblich getrübten Flüssigkeit abgelassen, danach Druck 120 mm. In dem Bodensatz zeigten sich zahlreiche, ebenfalls kaffeebohnenförmige Diplokokken, von denen viele innerhalb der Leukocyten lagen; da sie sich aufserdem GRAM-negativ verhielten, so erschien die Diagnose Meningococcus intracellularis klar. Kulturen wuchsen in charakteristischer Weise. Nach der Punktion wurde Patient ruhiger. Einige Tage darauf nochmals Lumbalpunktion, der Eiter enthielt vereinzelte Meningokokken. Klinisch ist bei dem Falle interessant, dafs die Erscheinungen der Genickstarre durch einen septikämischen Prozefs eingeleitet wurden, der das Bild verschleierte. Bakteriologisch gelang es zum ersten Male, den sicheren mikroskopischen und kulturellen Nachweis des Meningococcus intracellularis im Blute zu erbringen bei einer Temperatur von 37,5° C im Blute. Bei einem zweiten Kranken wurden später ebenfalls Meningokokken gefunden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Traumatische Entzündungen.

Purpura haemorrhagica, von T. W. HASTINGS-New York. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Mai 1905.) Der Verlauf der Krankheit bei dem 16jährigen Knaben erinnerte in mancher Beziehung an akute Leukämie. Die Blutuntersuchung ergab bei der einen Gelegenheit nur 1916000 rote Blutkörperchen bei 3000 weifsen, bei einer zweiten Prüfung 1300000 rote und 4000 weifse. Bemerkenswerte Erscheinungen bei der in etwa sieben Wochen tödlich verlaufenden Krankheit waren ferner: ein ausgedehnter hämorrhagischer Ausschlag, welcher zeitweilig zurückging, stetig wiederkehrende Blutungen aus Nase, Zahnfleisch und dem Darm und das Fehlen von leukämischer Schwellung an Milz und Lymphdrüsen usw. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Infektiöse idiopathische Purpura, von OTTO PAUL GERBER-Tolmein. (*Wien. klin. Rundschau.* 1905. Nr. 19.) G. beschreibt zwei Fälle von primärer idiopathischer Purpura, von denen einer mit Exitus letalis endet; sonst bringt er nichts wesentlich Neues. *Putzler-Danzig.*

Über Purpura, von JOHN EDWIN HAYS-Louisville. (*Louisville Journ.* Juli 1905.) Ähnlich wie Hydrops hält H. die Purpura nur für ein Symptom verschiedener Krankheiten, nicht für eine Krankheit an sich; man findet sie im allgemeinen bei geschwächten Individuen. Es werden gewöhnlich drei Arten von Purpura beschrieben, die einfache, die hämorrhagische und die rheumatische; letztere ist die schwerste und hartnäckigste Form, die Purpuraflecken werden nur nahe bei den affizierten Gelenken gefunden, die Gelenke der Extremitäten, besonders der unteren, sind die meist befallenen. H. betrachtet diesen Zustand schon seit langem nicht mehr als wirklichen Rheumatismus, zumal in seinen Fällen Salicylpräparate und andere antirheumatische Mittel nicht den geringsten Einfluſs auf die Gelenksaffektionen hatten, kann aber auch keine Erklärung über den Zusammenhang zwischen diesen Hauthämorrhagien und Gelenksaffektionen geben. Die Prognose sollte jedenfalls bei allen Formen von Purpura eine sehr vorsichtige sein, da man die verborgenen Ursachen derselben nicht kennt und mit Komplikationen rechnen muſs. Die Mehrzahl der Fälle, welche H. beobachtete, betrafen jüngere Personen und solche mittleren Alters, alte Leute waren niemals betroffen.

In der folgenden Diskussion (in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft von Louisville) erklärt auch CECIL die Purpura für ein Symptom, welches bei vielen Krankheiten vorkomme, erwähnt eines Falles, wo nur Skrotum und ein Teil des Penis und eine andere Körperstelle von den Flecken befallen waren, ferner eines Falles, wo neben Scharlach Purpuraflecken an einer Seite des rechten Fufses vorhanden waren,

eines weiteren von Purpura nach Antifebrindarreichung (1,0—1,2) und schliefslich eines solchen von perniciöser Malaria mit ausgedehnten Hauthämorrhagien. In therapeutischer Beziehung seien nur die gewöhnlichen tonischen Mittel von Vorteil.

Stern-München.

Die Erblichkeit bei Blutern und die chronische Purpura, von R. Rosse. (*Presse méd.* 1905. Nr. 11.) Verfasser greift auf die Arbeit Lossens über die Wichtigkeit der Vererbung bei der Hämophilie zurück. Dieser Autor konnte in einer Bluterfamilie vier Generationen beobachten, und zwar mit 87 betroffenen Personen. Die Übersicht über diese Familie, welche in der Nähe Heidelbergs ansässig ist, ergibt bei 212 Familienmitgliedern 111 Männer, 96 Frauen und 5 Totgeborene. Die Hämophilie hat stets die männlichen Familienglieder befallen, obwohl die Vererbung stets durch die Frauen der Familie geschehen ist. Und zwar überträgt sich die Disposition in einer merkwürdigen Weise. Heiratet ein männliches Glied der Familie, auch wenn es in der Jugend hämophil gewesen ist, eine gesunde Frau, so vererbt sich die Neigung zum Bluten nicht. Heiratet dagegen ein weibliches Glied der Familie, auch wenn es nie hämophil gewesen ist, einen gesunden Mann, so tritt die Hämophilie bei den männlichen Kindern dieser Ehe wieder auf. Von den 111 männlichen Familiengliedern sind nicht alle, sondern im ganzen 37 Hämophilen. Dabei ist eine auffällige Fruchtbarkeit bei den Blutern zu konstatieren, von 8 bis zu 11, 13 und 19 Kindern. Die nichthämophilen Familien zeigten bei viel weniger Kindern auch noch eine beträchtliche Mortalität der Kinder bis zum sechsten Monat. Mit dieser Arbeit vergleicht der Verfasser die Mitteilungen von Bensaude und Rivet über „chronisch hämorrhagische Purpura". Ob es sich bei den tödlich verlaufenen der von diesen Autoren beschriebenen 36 Fälle um Hämophilie handelt, steht dahin. *Hopf-Dresden.*

Über ausgebreiteten Hydrops ohne Albuminurie im Kindesalter, von W. Stoeltzner-Halle. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 19.) Verfasser behandelte ein 13 Monate altes Kind, welches starkes Ödem besonders der unteren Augenlider, des Präputium und des Skrotums, ferner der Beine, Bauchdecken und des Rückens zeigte. Aufserdem bestand ein erheblicher Ascites. Der Urin war völlig klar und frei von Eiweifs. Ruhe und Milchdiät führten bald zur Heilung des stark heruntergekommenen Kindes. Nach Verfassers Ansicht bilden die Fälle von ausgebreitetem Hydrops ohne Albuminurie mit denen von nephritischem Hydrops eine Gruppe. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die anatomischen Kennzeichen der vitalen und postmortalen Verbrennung, von Fritz Reuter-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 23.) Vor kurzem hat Sadikoff in der *Petersb. med. Wochenschr.* von einem interessanten gerichtsärztlichen Falle berichtet, wo ein alter Mann tot im Ofen liegend — und zwar fast vollständig in demselben verschwindend — vollkommen nackt und an der Unterfläche verkohlt aufgefunden, an den Seitenteilen des Körpers aber noch viele Blasen mit serösem Inhalte gefunden wurden; daraufhin, sagt Sadikoff, ist mit gröfster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dafs der Mann gelebt hat, bevor er in den Ofen gelangt war. So einfach ist aber die Entscheidung nicht, wie Fritz Reuter an eigenen und bisherigen Versuchen darlegt. Denn auch postmortal können an ödematösen Körpern mit Serum gefüllte Brandblasen erzeugt werden. Die so entstandenen Blasen sind meistenteils sogenannte Verdrängungsblasen (mechanische Ablösung der Epidermis von der Cutis [Jarisch, Weidenfeld]), wie sie auch bei intensiven Ödemen vorkommen. Auch die Beobachtungen und Versuche von Merk, dem es gelang, an der „überlebenden" Haut durch Störung der cellulären Funktion der Retezellen, seröse Blasen zu erzeugen, sind bei Begutachtung einschlägiger Fälle zu berücksichtigen.

Das Hauptgewicht wird daher bei der Obduktion der Leichen von Personen, welche mit Verbrennungen ersten bis dritten Grades tot aufgefunden worden sind,

auf den inneren Befund zu legen sein, wie auf den Nachweis einer Aspiration von Rufspartikelchen oder einer ausgesprochenen Kohlenoxydgasvergiftung, Verhältnisse, auf die v. HOFMANN bereits vor längerer Zeit aufmerksam gemacht hat.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über Gifte im allgemeinen mit besonderer Berücksichtigung des Verbrennungsgiftes, von CARLO PARASCANDOLO-Neapel. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 20—32.) Diese erschöpfende Arbeit ist für ein kurzes Referat nicht geeignet und liegt auch der Tendenz der Monatshefte zu fern. Wir beschränken uns auf die Wiedergabe der Schlüsse, welche auf das Verbrennungsgift Bezug haben:

1. In den Organen Verbrannter bildet sich ein dem Schlangengift ziemlich nahestehender Körper (Verbrennungscytotoxin), der auch den Toxinen im allgemeinen teils durch seine chemischen Eigenschaften, teils durch seine Wirkung auf den Organismus verwandt ist.

2. Mit diesem Gifte kann man Tiere immunisieren, und das Serum dieser so behandelten Tiere besitzt Heilwirkung. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Bericht über einen Fall von ausgedehnter Verbrennung dritten Grades, von A. M. FAUNTLEROY. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Juni 1905.) Patient war ein 34jähriger roter Indianer, Potator strenuus, und akquirierte eine Verbrennung dritten Grades am Abdomen und den angrenzenden Teilen, so daſs gut die Hälfte der Gesamtkörperoberfläche verbrannt war. Trotzdem gelang es, ihn 20 Tage am Leben zu erhalten, bis er plötzlich, offenbar infolge von ausgedehnter Thrombose der Aorta ascendens, starb. Die Behandlung bestand hauptsächlich in der Verwendung des permanenten Wasserbades, abwechselnd mit feuchten Kompressen, welche durch eine geschickte Einrichtung unter ständiger Berieselung ohne Belästigung des Patienten erhalten wurden, sowie in der Darreichung von Kochsalzinfusionen, Nährklystieren und anderen roborierenden Mitteln. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die antiseptische Behandlung der Brandwunden, von NAGEOTTE-Wilbouchewitch. (*Presse méd.* XII. Jahrg. Nr. 82.) Die Verfasserin empfiehlt eine ausgedehnte antiseptische Behandlung aller Brandwunden, und da diese Behandlung sehr schmerzhaft zu sein pflegt, auch eine allgemeine Narkose zur Vornahme dieser Maſsnahmen. Dabei wendet sie sich aber energisch dagegen, daſs sie das Bürsten der Wunden empfohlen habe. Den Typus der von ihr empfohlenen Behandlung von Brandwunden kann man aus einer Krankengeschichte, die beigefügt ist, ersehen. Es handelt sich um eine Vitriolverbrennung zweiten und dritten Grades, ohne Narbenbildung geheilt. Die Verbrennung betraf Lider, Lippen, Kinn, Ohren und Hals, sowie Vorderarm. Die Wunden wurden zuerst abgeseift — $^3/_4$ Stunde nach der Verbrennung —, dann mit Sublimatlösung gewaschen und mit trockener Jodoformgaze und Watte verbunden. Nur die ersten zwei Stunden hatte die Kranke Schmerzen, dann bis zur Heilung nicht wieder. Dieser erste Verband wurde am neunten Tage gewechselt. Die Schorfe hingen an der Jodoformgaze. Am elften Tage nach der Einlieferung kam die Kranke als geheilt zur Entlassung, nur noch mit einigen kleinen Kollodiumpflastern.

Hopf-Dresden.

Verschiedenes.

Aus der polizeiärztlichen Praxis, von Siegfried Kolben-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 35.) K. teilt zwei Fälle von Erythema menstruale gyratum bei zwei Schwestern mit, deren Entstehung er auf toxische Stoffwechselprodukte aus dem Menstrualblute zurückführen möchte. Ferner einen Fall von Harnröhrenruptur und Ablösung der vorderen Bauchwand durch einen Stofs mit einer Kohlenschaufel gegen den Unterleib bei einem 54jährigen Gasarbeiter, bei welchem 24 Stunden nach dem Unfall der Exitus eintrat. *Putzler-Danzig.*

Paquelin und Heifsluftapparat mit komprimierter Luft, von Ph. Bockenheimer-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 15. März 1905.) Beim Paquelin sowohl wie beim Heifsluftapparat ist es umständlich, dafs zum Betrieb des Gummiballons eine zweite Person erforderlich ist, bei letzterem Apparat natürlich um so unangenehmer, als er erst 1—1½ Stunden dauernd benutzt werden mufs. B. ersetzte daher den Gummiballon durch einen Stahlcylinder mit komprimierter Luft. Ein regulierbares Reduzierventil kontrolliert die Menge der ein- und ausströmenden Luft, und dadurch kann man auch die Intensität der Hitze differenzieren. Die Cylinder, welche aufgestellt oder aufgehängt werden, sind in verschiedenen Gröfsen vorhanden (120 l, 600 l, 1200 l); für einstündigen Gebrauch genügen ca. 120 l (kosten ca. 75 Pf.); für den stationären Betrieb sind die grofsen Cylinder (1200 l) vorzuziehen. Die Cylinder selbst kosten je nach Gröfse 18—30 Mark, der Ventilapparat 40 Mark; die Apparate sind erhältlich in Berlin, Kaiser-Friedrich-Apotheke (Karlstrafse 20).

Stern-München.

Die Verantwortlichkeit bei Mitteilungen seitens des Arztes (mit besonderer Berücksichtigung der Ratserteilung), von Albert Moll-Berlin. (*Zeitschr. für ärztl. Fortbildung.* 1. Aug. 1905.) Aus diesen interessanten medizinisch-juristischen Streiflichtern sei einiges, für uns Dermatologen besonders Wissenswertes hervorgehoben. Was die schwierige Frage des Berufsgeheimnisses Privatpersonen gegenüber betrifft, so ist nach Liszt eine Mitteilung, die an den Vater als Familienhaupt über venerische Erkrankung des Sohnes gemacht wird, keine unbefugte, d. h. nicht strafbar. Bei Ehegatten ist der § 1333 von Bedeutung, wonach eine Ehe unter Umständen anfechtbar ist, wenn der eine Ehegatte nachträglich erfährt, dafs der andere eine frische Lues zur Zeit der Eingehung der Ehe hatte. Bezüglich der viel erörterten Frage, ob der Arzt berechtigt ist, den Angehörigen der Braut Mitteilungen von einer Erkrankung des Bräutigams zu machen, so ist unter besonderen Umständen, z. B. bei Geschlechtskrankheiten, sofern die Sorge um das Wohl eines Menschen oder die Wahrnehmung persönlicher Interessen es gebieten, diese Berechtigung vorhanden. Moll rät jedoch, bis zur äufsersten Grenze das Berufsgeheimnis zu wahren, eventuell zu versuchen, auf andere Weise den Bräutigam von der Heirat abzubringen. Erwähnt sei auch, dafs eine Mitteilung des Arztes an seine Kollegen sehr häufig unbefugt, d. h. eine strafbare Offenbarung des Privatgeheimnisses sein kann, ein Kapitel, in welchem leider gar oft gesündigt wird. Schliefslich ist auch das Interesse der Wissenschaft an sich nicht dazu berechtigt, das Berufsgeheimnis zu verletzen (besonders bei klinischen Vorstellungen von Geisteskranken! u. s. f.). Im allgemeinen stellt Moll den Grundsatz auf, den wir wohl alle unterschreiben können, dafs die ethische Seite des Berufsgeheimnisses weit höher uns stehen soll als die forensische. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 41. No. 12. 15. Dezember 1905.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Die sogenannte Blastomykose der Haut.

Von

Dr. Friedrich Krause,
Assistenzarzt der Anstalt.

(Fortsetzung und Schluſs.)

IV.

Der eingangs der Arbeit geschilderte, in der Unnaschen Klinik beobachtete Fall bot das klinische Bild einer trockenen, deutlich warzigen Erkrankung, ähnlich der Tuberculosis verrucosa cutis, in Übereinstimmung mit den Erscheinungen einer groſsen Reihe amerikanischer Schilderungen, und es war um so berechtigter, gleich diesen Autoren die Affektion als eine sogenannte Blastomykose anzusprechen, als der Befund fädiger Elemente von starker Basophilie in den Gewebsschnitten, die später als Elacin gedeutet wurden, den Gedanken an mykotische Erreger irgendwelcher Natur nahe legte. Es konnte dies um so weniger von der gestellten Diagnose abschrecken, als der Befund zwanglos mit den Züchtungsresultaten einer ganzen Reihe von Veröffentlichungen in Einklang zu bringen war, bei denen die kulturelle Darstellung von Schimmelpilzen nicht verhinderte, die Affektion als Blastomykose, d. h. Hefeerkrankung, anzusehen.

Es sei gleich hier auf die fundamentalen Unterschiede gegenüber dem Buschkeschen Fall hingewiesen, der an Stelle des warzigen Charakters in seinem Höhestadium ausgesprochene Geschwüre erkennen lieſs, die auch dem mikroskopischen Bilde sein Gepräge geben.

Die histologische Untersuchung unseres Falles ergab im wesentlichen eine Übereinstimmung mit denen der amerikanischen Fälle, insofern das auffälligste Symptom, die starke Epithelhyperplasie mit dem in die Tiefe treiben mehr oder weniger geschwollener Leisten, ebenso wie die in ihnen enthaltenen Erweichungsherde (miliare Abscesse), klar hervortrat.

Besonders in die Augen fallend war ein Punkt, worauf die amerikanischen Autoren nicht aufmerksam machen, der aber für die Diagnose der seltsamen Erkrankung von nicht zu unterschätzender Bedeutung zu sein scheint, die bemerkenswerte Diskrepanz zwischen dem eigentümlichen, der Tuberculosis verrucosa cutis entsprechenden klinischen Adspekt und dem exquisit carcinomähnlichen Habitus des histologischen Bildes.

Es erscheint dies um so wichtiger, als wir in diesen beiden Daten und ihrer eigenartigen Gegensätzlichkeit die für unsere Erkrankung bedeutungsvollen diagnostischen Anhaltspunkte erschöpft haben dürften.

Ohne auf die weiteren nebensächlichen histologischen Details einzugehen, wende ich mich zu den von den Amerikanern in einzelnen Fällen so reichlich gefundenen Körperchen, deren gänzliche Abwesenheit in unserem Falle uns von vornherein die Frage nach ihrer Bedeutung für die Diagnose aufnötigt. Die Mehrzahl der amerikanischen Beschreiber fassen sie als conditio sine qua non auf, GILCHRIST zählt infolge davon auch seinen Fall 35 unserer Reihe nicht zur Blastomykose.

Die Antwort erhalten wir, indem wir die mykopathologischen Untersuchungsergebnisse näher ins Auge fassen. Obschon im Vorhergehenden bereits erwähnt wurde, dafs wir nach klinischen sowohl wie histologischen Daten den Fall BUSCHKE als eine von der amerikanischen Erkrankung gänzlich abzutrennende Affektion auffassen müssen, wird es zur Klärung unserer Frage wesentlich beitragen, wenn wir uns die dort gewonnenen Resultate noch einmal vergegenwärtigen. BUSCHKE fand in den geschwürigen Prozessen auf Schnitten und in Ausstrichen in grofser Zahl 2—30 μ grofse mit basischen Anilinfarbstoffen sowie nach GRAM-WEIGERT färbbare Körperchen, die, bei frischer Untersuchung regelmäfsig oval rundlich, in gehärteten Materialien, wohl infolge der Alkoholwirkung, nur selten eine runde, meist sichelförmige, unregelmäfsig polymorphe Gestalt zeigten. Es gelang häufig, die gleichgestalteten Mikroorganismen zu züchten, die sich durch ihre morphologischen und biologischen Eigenschaften als Hefe und durch Rückverimpfung von Kultur bei der Patientin sowie im Tierexperiment als pathogen erwiesen.

Es handelt sich mithin im Fall BUSCHKE um eine Erkrankung, bei der innerhalb der befallenen Stellen die Gegenwart von pathogen wirkenden Hefepilzen in grofser Zahl zu wiederholten Malen nachgewiesen ist.

Viel gröfsere Schwierigkeiten als beim Morbus BUSCHKE treten uns entgegen, wenn wir dieselbe Frage nach der eventuellen parasitären Ätiologie beim Morbus GILCHRIST behandeln wollen, so dafs es sich empfehlen dürfte, dies in der Form einiger Teilfragen in Angriff zu nehmen.

Es handelte sich für uns zunächst um die Entscheidung: sind die Körperchen, welche die Amerikaner gelegentlich der histologischen Untersuchung ihrer Fälle gesehen haben, auch wirklich Hefen?

Zu bemerken ist, dafs die Schilderung der Körperchen bei den Amerikanern doch nicht absolut einheitlich ist und kleine Differenzen erkennen läfst.

Die Methode ihrer Darstellung beschränkte sich zumeist auf das Einbringen in Natronlauge. Dabei treten die „Organismen" als runde, teils ovale kapsulierte, stark lichtbrechende Körperchen von körnigem, protoplasmatischem Inhalt auf.

Von Wichtigkeit erscheint mir, dafs diese „Organismen" auch bei der Färbung (mit Methylenblau) im gehärteten Material ihre streng rundliche, kugelige Form beibehielten (cf. die Mikrophotogramme der Amerikaner) im Gegensatz zu den meist sichelförmigen, polymorph gestalteten Körperchen, wie sie Buschke in seinem Greifswalder Fall sah, und der meist ovalären Bildung, wie wir sie sonst von Hefen gewohnt sind. Die Diagnose der Blastomyceten wurde gestellt aus dem Vorkommen von zwei oder mehr miteinander verbundenen, in Sprofsform gelagerten Körperchen.

Wenn wir auch Vakuolen gelten lassen, wie sollen wir uns mit der Gegenwart zahlreicher, stark lichtbrechender, sporenartiger Körperchen (Sporozoen??) die Diagnose von Blastomyceten vereinigen? Dafs dieser Zweifel auch bei amerikanischen Autoren bestand, beweist unter anderem die Tatsache, dafs im Fall 27 unserer Reihe der Autor die Erkrankung, bei der er histologisch kapsulierte Organismen nachwies, von denen die gröfseren mit „endogenen Sporen" erfüllt waren, die durch Kapselrifs gelegentlich in Freiheit gesetzt wurden, bei Abwesenheit von Sprofsformen und Mycelien, als Dermatitis coccidioides auffafste. Es hielt ihn dies jedoch nicht davon ab, von einem Wachstum aufserhalb des Körpers eines von ihm aus der Affektion gezüchteten Pilzes zu sprechen, das nach Art eines Schimmelpilzes erfolgte.

Während wir so, vor allem durch den Vergleich mit den wirklichen Hefen Buschkes, nach dem mikroskopischen Aussehen nicht zu dem Schlufs gelangen können, dafs die von den Amerikanern bei der histologischen Untersuchung des Morbus Gilchrist gesehenen Körperchen Hefepilze seien, kommen wir noch erheblich weiter von diesem Ziele ab bei Würdigung der amerikanischen Züchtungsergebnisse.

Es handelt sich für uns um die Frage: „Ist die von den amerikanischen Autoren klinisch wie histologisch so einheitlich geschilderte Erkrankung auf die Wucherung von Hefepilzen ätiologisch zurückzuführen, oder nicht?" Wir können uns dabei anläfslich der uns zustehenden Forderungen an die mykopathologischen Befunde unmöglich mit der Frage begnügen, sind bei den Erkrankungen gelegentlich überhaupt Hefepilze gezüchtet worden, oder nicht. Es ist eine bekannte Tatsache, dafs der Befund eines Tuberkelbacillus noch keine Tuberkulose bedeutet.

Nun handelt es sich aber bei der Hefe um einen Mikroorganismus von sehr geringer Toxizität, aufserordentlich leichter Züchtbarkeit und ubiquitärem Vorhandensein. Gelingt es doch unschwer, aus den mannigfachsten Sekreten des menschlichen oder tierischen Körpers Hefen zu kultivieren. Es wäre also durchaus nicht zu verwundern, wenn wir lesen könnten, dafs aus den häufig von einer überaus reichlichen Exsudation überzogenen Krankheitsherden in einer beträchtlichen Zahl von Fällen unter anderen Saprophyten auch Hefepilze oder die in der Atmosphäre noch weit häufigeren Oidien und Schimmelpilze gezüchtet worden wären. Wir werden also nicht fehlgehen, wenn wir bei diesen Eigenschaften der Hefe nach der Analogie des BUSCHKEschen Falles als unerläfsliches Postulat eine gewisse Massenhaftigkeit im Auftreten und dementsprechenden unschweren histologischen sowie kulturellen Nachweis aufstellen. Auch für das Tierexperiment müssen wir fordern, dafs die gezüchteten Erreger wenn nicht die gleiche, so doch mindestens eine ähnliche Affektion zu erzeugen imstande sind. Sehen wir, wie es mit den allgemeinen Züchtungsresultaten bestellt ist. Die beigefügte Tabelle (S. 606—609) soll uns einen Überblick hierüber verschaffen.

Es dürfte vor allem in die Augen fallen, dafs in der Spalte „Züchtung" nur dreimal Hefe ohne Einschränkung angegeben ist, während wir bei mehreren anderen Fällen: Hefe mit Mycel resp. Lufthyphen eingetragen sehen. Es führt uns dies mit Notwendigkeit zur Definition dessen, was wir überhaupt als Hefe anzusehen haben und zu der Frage, ob die von den Amerikanern so bezeichneten Mikrophyten diesen Bedingungen entsprechen.

Wir bedürfen dazu nicht einer eingehenden Auseinandersetzung über das morphologische und biologische Verhalten der Sprofspilze, für welche dies auch kaum der geeignete Ort wäre, wir können uns vielmehr im Interesse unserer Auseinandersetzung darauf beschränken, festzuhalten, dafs die Hefen unter normalen Bedingungen, und als solche müssen wir auch ihre Kulturen auf unseren gebräuchlichen Nährmedien auffassen, sich fortpflanzen durch die Bildung seitlicher Ausstülpungen, der Sprossen, deren Volumen im allgemeinen das der Mutterzelle nicht übertrifft, die sich aber auch als Langsprossen ausdehnen und sogar zu Sprofsverbänden (Sprofsmycelien) auswachsen können. Allein diese Gebilde sind nicht zu verwechseln mit den wirklichen Mycelien der Eumyceten. Organismen, bei denen ein Zustandekommen von wirklichem Mycel und von diesem ausgehenden Fruktifikationsorganen auf den gebräuchlichen Nährmedien unter den gewöhnlichen Züchtungsverhältnissen beobachtet wurde, sind wir also nicht in der Lage, als Hefeorganismen anzuerkennen, ganz abgesehen von ihren sonstigen biologischen Eigentümlichkeiten.

Die Methoden, nach der die Amerikaner züchteten, waren einfach. Auf eine Reihe mit verschiedenen Medien erfüllten Röhrchen wurde vom Ausgangsmaterial, zerzupftem Gewebe oder dem unter aseptischen Kautelen entnommenen Eiter möglichst tiefliegender miliarer Abscesse, ausgestrichen. Das Kochsche Plattenverfahren wurde im allgemeinen nicht geübt. Aber auch so konnten Hefen, wenn sie in einer Quantität vorkamen, die sie als ätiologischen Faktor ins Gewicht fallen liefs, nicht entgehen.

Was die Würdigung der Resultate anbelangt, so müssen wir annehmen, dafs es sich bei dem Fall 7 (Curtis) um eine durch eine pathogen wirkende Hefe erzeugte Erkrankung handelt, deren Bild sich jedoch wesentlich von dem des Morb. Buschke unterscheidet. Bei Fall 9 (Kessler) kann ich mir bei der Kürze des Referats, das mir zur Verfügung stand, kein Urteil erlauben, doch ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dafs auch bei ihm nicht nur ein zufälliger Hefebefund vorlag, sondern dafs diese Mikroorganismen auch für die Ätiologie in Betracht kommen. Das klinische Bild dieser Erkrankungen jedoch entspricht ebenso wie das des Falls Buschke so wenig dem des Morbus Gilchrist, dafs wir sie für unsere Erörterungen des Morbus Gilchrist aufser acht lassen können.

Betrachten wir die übrigen Fälle unter dem oben gewonnenen Gesichtswinkel, so müssen wir zugeben, dafs bei keinem einzigen der von den Amerikanern berichteten Fälle die Kultur von Hefepilzen als gelungen anzusehen ist, geschweige denn, dafs diese mit den histologisch beobachteten Körperchen resp. mit der ätiologischen Ursache der Erkrankung in irgendwelchen Zusammenhang gebracht werden könnten.

Denn einmal können wir einem Züchtungsergebnis, das nur zu unreinen Kulturen geführt hat, keinen Wert beimessen (Fall 23, 31), sodann ist es uns nicht möglich, eine knospen- und myceltreibende Hefe als Hefe anzuerkennen (Fall 10, 24). Diese Fälle als besondere aus der Zahl der übrigen lediglich mit Rücksicht auf dies Kulturresultat hervorzuheben, erscheint mir nicht ratsam. Schliefslich wird uns in 14 Fällen in unzweideutiger Weise Schimmel als Kulturergebnis notiert.

Zusammenfassung.

Gesamtzahl der Fälle 40.

Züchtung: ausgeführt 31 { negativ 8; positiv 23 { Hefe 3. / Schimmel, Oidium 17. / unbestimmt 3. }

nicht ausgeführt 9.

Tierversuch: ausgeführt 14 { negativ 6. / positiv 8. }

nicht ausgeführt 26.

Lauf. Nummer des Falles	Autor	Klinisches Aussehen	Histologisches Bild	Züchtung	Tierversuch
1.	WERNICKE	Stellenweis höckerige erbsengroſse Wucherungen	3—30 μ groſse Körperchen in den Tumoren und in den Lymphdrüsen	—	—
2.	GILCHRIST u. RICKETTS	Verruköse Erkrankung	in Haut und inneren Organen „Körperchen“	—	Hund und Kaninchen geimpft, Vermehrung der „Parasiten“
3.	GILCHRIST u. RICKETTS	Verruköse Erkrankung	„Protozoen“ mit Sporulationsformen	—	—
4.	GILCHRIST	Skrophulodermaartig	Wucherung der Stachelschicht, Körperchen auffallend klein, 10—15 μ, Sproſsformen	—	—
5.	BUSCHKE	Folliculitis, Abscefs, Ulcus	Ulcus, rundliche polymorphe Körperchen	Hefe	Autoinokulation bei der Patientin und Tierversuch erfolgreich
6.	GILCHRIST	Lupusartig	Wucherung der Stachelschicht, miliare Abscesse, „Sproſsorganismen“	Oidium	Hund intravenös, Abscesse
7.	CURTIS	Tumoren	Tumoren, ulcerierend	Hefe	Tierpathogen, Tumoren erzeugend
8.	GIDEON WELLS	Verruköse Erkrankung	miliare Abscesse in Stachelschicht und Cutis, darin Parasiten, GRAM negativ	negativ	negativ

9.	Hessler	Eine ulcerierende Papel	—	Kultur hält Welsh für Hefe	—
10.	Hyde, Hectoen, Bevan	Verruköse Erkrankung	carcinomartig mit Abscessen, Gilchristsche „Parasiten“ mit Sprofsformen	10—20 μ grofse Sprofskörper, Hefe, die auch Mycel und Konidien zeigt	Abscesse und Metastasen
11.	Murphy und Coates	Blumenkohlartige Wucherung	Epithelwucherung, Hornzentren, miliare Abscesse mit Blastomyceten	—	—
12.	Anthony und Herzog	Blumenkohlartige Wucherungen	Epithelwucherung, miliare Abscesse, Hefen 15—20 μ	—	—
16.	Montgomery und Ricketts	Tumor der Unterlippe	Epithelhyperplasie, miliare Abscesse, keine Hefen, Hyalinkugeln	Knospen und Mycel treibende Hefe	—
17.	Montgomery und Ricketts	Verruköse Erkrankung	Epithelhyperplasie, miliare Abscesse, Sprofsorganismen 12 μ	Eiterkokken, keine Hefe (negativ)	Eiterinfektion (negativ)
18.	Montgomery und Ricketts	Verruköse Erkrankung	Epithelhyperplasie, Hornperlen, Gilchristsche „Organismen“	Eiterkokken (negativ)	negativ
19.	Douglas W. Montgomery	Fluktuierende, dann ulcerierende Läsionen	„Organismen“ zum Teil mit „Endosporen“	Schimmel	negativ
20.	Hyde und Ricketts	Verruköse Erkrankung	Epithelhyperplasie, miliare Abscesse, Sprofsorganismen 12 μ	Mycelpilz	Kokkensepsis (negativ)
21.	Hyde und Ricketts	Verruköse Erkrankung	Epithelhyperplasie, Sprofsorganismen 12—14 μ	negativ	negativ

Lauf. Nummer des Falles	Autor	Klinisches Aussehen	Histologisches Bild	Züchtung	Tierversuch
22.	Stelwagon	Papillär, ulcerierend, verruköser Charakter	kugelige Sprofskörper	Kokken (negativ)	—
23.	Dyer	Pustulöse Eruptionen, yawsartiges Aussehen	Epithelhyperplasie, miliare Abscesse, wenig Blastomyceten in Riesenzellen	unreine Kulturen	—
24.	Ricketts	Verruköse Erkrankung	Epithelhyperplasie, miliare Abscesse, Sprofsorganismen	Pilz mit Hyphen und seitlich gestielten Konidien	beim Hund Augenmykose
25.	Ricketts	Verruköse Erkrankung	Epithelwucherung, Blastomyceten im Corium	—	—
26.	Ricketts	Papilläres Aussehen	—	Parasiten gezüchtet	—
27.	Douglas W. Montgomery	Papillomatöses Aussehen	Epithelhyperplasie, wenig Abscesse, Organismen zum Teil mit Sporen gefüllt, keine Sprofsformen, kein Mycel	Schimmel	—
28.	Frank Hugh Montgomery	Verruköse Erkrankung	Epithelhyperplasie, miliare Abscesse, Sprofsorganismen 9—15 μ	Schimmel	—
29.	Olliver S. Ormsby und H. Miller	Multiple Knoten	Prozefs liegt im Hypoderm, „Organismen“	Pilz mit Lufthyphen	—
30.	T. Caspar Gilchrist	Papilläres Aussehen	Epithelhyperplasie, miliare Abscesse, wenig Blastomyceten	Pilz mit Lufthyphen	für Meerschwein pathogen

31.	Gilchrist	Papilläres Aussehen	im Eiter „Blastomyceten“	Kulturen unrein	—
32.	Gilchrist	Papilläres Aussehen	im Eiter Sprofspilze 10—12 μ	—	—
33.	Gilchrist	Papilläres Aussehen	im Eiter Blastomyceten	Mycelpilz	Hund: Pseudotuberkel der Lunge, der Pilz daraus zurückgezüchtet
34.	Gilchrist	Papilläres Aussehen	im Eiter Sprofsorganismen	—	—
35.	Gilchrist	Papilläres Aussehen	Epithelhyperplasie, miliare Abscesse, keine „Organismen“	negativ	—
36.	Montgomery u. Hyde	—	charakteristisch mit „Organismen“	negativ	—
37.	Montgomery u. Hyde	—	charakteristisch mit „Organismen“	Schimmel	—
38.	Montgomery u Hyde	Warziges Aussehen	miliare Abscesse	Schimmel	—
39.	Montgomery u. Hyde	—	charakteristisch	Schimmel	—
40.	Montgomery u. Hyde	—	miliare Abscesse, Sprofsorganismen	steril	—
41.	Montgomery u. Hyde	Warzige Effloreszenz	charakteristisch mit „Organismen“	Schimmel	—
42.	Montgomery u. Hyde	—	charakteristisch mit „Organismen“	Schimmel	—
43.	Montgomery u. Hyde	—	charakteristisch mit „Organismen“	Schimmel	—

Fall 13, 14, 15 nach Referat nicht zu verwenden.

Die amerikanischen Beschreibungen legen es klar an den Tag, dafs die gezüchteten Pilze den gewöhnlichen saprophytischen Vertretern der Luftflora zuzuzählen sind, Oidien und Schimmelpilze, die weder mit Hefeorganismen, noch mit den von den Amerikanern in den histologischen Ausstrich- und Schnittpräparaten gesehenen Körperchen im geringsten in Zusammenhang zu bringen sind; unterscheiden sie sich doch von ihnen, wie dies aus den zahlreichen Abbildungen zur Genüge erhellt, ganz beträchtlich nicht nur an Gröfse, sondern besonders auch in ihrem sonstigen morphologischen Verhalten, ein Umstand, der in einer Reihe von Fällen sogar dazu führte, von einer Doppelnatur des Pilzes zu sprechen, von einem Wachstum innerhalb und einem anders gearteten aufserhalb des Körpers. Es ist somit einleuchtend, dafs die eigentümlichen, in fast allen Fällen von den Amerikanern gefundenen Körperchen mit der Ätiologie in keinem Zusammenhang stehen, und wir werden nicht fehlgehen, wenn wir annehmen, uns ihrer auch für die Diagnose der seltsamen Erkrankung entraten zu können, zumal in Hinblick auf die von uns oben als so wichtig erkannten und untrüglichen sonstigen histologischen und klinischen Daten.

Die Frage des Tierversuchs erledigt sich von selbst, wenn wir uns vergegenwärtigen, dafs es nie gelungen ist, eine auch nur ähnliche Affektion durch Kulturmaterial zu erzeugen. Die als positiv verzeichneten Erfolge beschränkten sich darauf, dafs die Verimpfung einzelner der gezüchteten Pilze zur Bildung oberflächlicher und tiefliegender Abscesse gelegentlich auch zu granulomatösen Wucherungen führte.

Es bleibt uns noch die Frage nach der möglichen Natur der Körperchen zu streifen.

Die Körperchen zeichneten sich aus durch rundliche Gestalt, bei einer Gröfse, die im allgemeinen zwischen 7 und 20 μ schwankte; sie kommen innerhalb wie aufserhalb von Zellen vor, einzelnen und zu mehreren zusammengelagert, bisweilen unter dem Bilde von Sprofsformen; sie scheinen umgeben von einer stark lichtbrechenden Kapsel und erfüllt von einer granulierten Masse, bisweilen von stark lichtbrechenden Körnern, die einen sporenartigen Eindruck machen. Sie widerstehen der Einwirkung starker Säuren und Alkalien.

Besondere differentiell diagnostisch verwertbare Färbemethoden wurden von den amerikanischen Autoren nicht verwandt.

Es erscheint hier wichtig, ein Hinweis auf die Untersuchungen von Pelagatti[1], der eine Reihe von Unnaschen Färbemethoden auf die Unterscheidung von Hyalinkörpern und Hefekulturen anwandte.

---

[1] *Virchows Arch.* 1897. Bd. 150.

Ohne auf die mikrochemischen Reaktionen des weiteren einzugehen, sei nur soviel bemerkt: es ist bekannt, dafs die Hyalinkörperchen, ein Produkt der hyalinen Degeneration des Protoplasmas, vor allem der von UNNA sogenannten Plasmazellen, eine besondere Affinität zu sauren oder aber zu basischen Anilinfarbstoffen besitzen, so zwar, dafs sich die Körperchen be noch nicht erheblich entwickelter hyaliner Degeneration, also noch ausgesprochener Protoplasmaähnlichkeit, mit sauren Farbstoffen darstellen lassen, während sie in weiter fortgeschrittener Ausbildung der hyalinen Degeneration eine gröfsere Affinität zu den basischen Farbstoffen an den Tag legen.

Ein Blick auf die, von PELAGATTI seiner Arbeit beigegebenen Tafel läfst sogleich eine aufserordentliche Ähnlichkeit dieser Körperchen mit den von den Amerikanern beschriebenen Organismen ins Auge fallen, eine Ähnlichkeit, von der wir uns durch jeweilig angefertigte Präparate stets aufs neue überzeugen können. Wir treffen sie auch wieder bei Betrachtung der den amerikanischen Abhandlungen beigegebenen Abbildungen, bei denen, wie oben bemerkt, schon die Gröfsenverhältnisse und die absolute rundliche Kugelform die Blastomycetennatur der Körperchen als sehr unwahrscheinlich erkennen lassen. Die Schichtung der Hyalinkörper erzeugt vielfach den Eindruck der stark lichtbrechenden Kapsel, an der gelegentlich auch Zeichnungen zu erkennen sind; die sphärische Umrandung, der gelegentlich körnige Inhalt, ja sogar die körnerartigen, Sporen ähnlichen Gebilde fehlen nicht, um das Bild der Täuschung vollständig zu machen.

Es liegt Verfasser fern, alle von den Amerikanern gesehenen Körperchen für hyaline Gebilde zu halten, nur möchte er darauf hinweisen, dafs für eine Reihe von Fällen der Gedanke nicht unberechtigt erscheint, sie nach dem ausgeführten auf diese einfache Weise zu erklären. Handelt es sich doch bei ihrem Befunde um einen Ort, bei dem auch die Muttergebilde der Hyalinkörper, die Plasmazelle, nicht nur zu vermuten, sondern von den Autoren sogar nachgewiesen sind. Von besonderem Interesse ist, dafs auch von Hyalinkörpern berichtet wird, speziell in einem Fall, bei dem histologisch keine „Organismen" nachgewiesen wurden (Fall 16).

Da die Körperchen nun weder als Hefe noch als anderweitiges, als ätiologisches oder besonders charakteristisches Moment in Betracht kommen, sehen wir uns für die Erklärung der Erkrankung auf die sonstigen histologischen und klinischen Anhaltspunkte beschränkt, als deren gewichtigste die Epithelhyperplasie imponiert.

Es bedarf keines besonderen Zwanges, wenn wir das Wesen der Erkrankung in diesem Moment erblicken, welches auch die anderweitigen histologischen Daten sowie einzelne klinische Erscheinungen verständlich macht. Treffen wir doch in manchen Carcinomen Herde von partieller

Erweichung (miliare Abscesse), während die in die Tiefe vordringenden Epidermiszapfen in dem sie umgebenden Wall von hypertrophischen Bindegewebs- und Plasmazellen häufig ziemlich beträchtliche Anhäufungen von Produkten der hyalinen Degeneration des Zellprotoplasmas darbietet.

Klinisch interessiert, dafs besonders ältere Individuen von dieser Erkrankung betroffen würden, während sie das jugendliche Alter verschonte.

Auch die therapeutischen Erfolge die mit Sicherheit zumeist nur bei Abtragung zu erzielen waren, sowie die absolut günstige Einwirkung der X-Strahlen auf die nach Jodkaliumbehandlung verbliebenen Reste, sprechen nach Analogie von Carcinom dafür, dafs wir bei der Affektion das Wesentliche im Verhalten des Epithels zu sehen haben. So erklären sich auch die gelegentlich von Überbleibseln des fortschreitenden Randes ausgehenden Rezidive nicht als Reinfektionen der Umgebung von den dort noch vorhandenen „Körperchen" aus, sondern sie sind augenscheinlich mit den dort verbliebenen erkrankten Epithelresten in Zusammenhang zu bringen.

Unser eigener Fall läfst sich ohne Schwierigkeit unter die anderweitig beobachteten Fälle von Morbus GILCHRIST einreihen, auch der Befund des Elacins[2] und das Fehlen der Hyalinperlen steht dem keineswegs entgegen. Ist es doch zur Genüge bekannt, dafs wir auch bei gewissen Carcinomen Epithelbezirke von Elastin und seinem basophilen Degenerationsprodukt durchzogen finden. Es zeichnen sich diese epidermoidalen Neoplasmen in der Regel durch einen torpiden Charakter und das Fehlen eines kräftig entwickelten, den in die Tiefe wuchernden Epithelleisten sich entgegenstellenden Walles von Plasmazellen aus. Die Eigenschaft des Epithels, das Elastin zu umwachsen und ungehindert in loco zu belassen, schafft bei dem Fehlen des Elastin zerstörenden ausgebildeten Plasmoms auch das eigentümliche histologische Bild unseres Falles.

Wenn wir die Fälle, deren Ätiologie in der Literatur auf die Wucherung von Hefepilzen zurückgeführt wird, noch einmal unter dem Gesichtspunkt des Morbus GILCHRIST sichten, kommen wir zu dem Schlufs, dafs nicht alle in der Literatur der Blastomykose geführten Fälle als gleichwertig anzusehen sind. Zunächst ist der Fall WERNICKE (1) als eine Erkrankung sui generis aufzufassen, wie dies im ersten Abschnitt bereits ausgedrückt wurde. Aufser ihm sind als klinisch durchaus andersartig auszuschliefsen die Fälle 5, 7, 9, 16, 19, 27 (Sa. 8). Als zweifelhafter Fall präsentiert sich 40, während 18 als unrein, weil mit Tuberkulose kompliziert, nicht zu verwenden ist.

Die übrigen Fälle sind als reine Vertreter des Morbus GILCHRIST anzusehen und zwar trotz ihrer kurzen Schilderung die Fälle 25, 26, 36,

---

[2] UNNA, Über den Einschlufs von Elastin und Elacin in das Epithel und einen Elacinbefund bei der GILCHRISTschen Krankheit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 41.

37, 39, 42, 43 (Sa. 7), unzweifelhaft erscheinen die Fälle 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 41 (Sa. 23), so dafs uns insgesamt 30 wirkliche GILCHRIST-Fälle zur Verfügung stehen.

Beim Überblicken der ganzen Reihe finden wir, wie schon erwähnt, zwei in ihren Grundzügen total verschiedene Erkrankungstypen, deren eine repräsentiert wird durch den Fall BUSCHKE = Morbus BUSCHKE, während der Typus der anderen durch die von GILCHRIST zuerst veröffentlichten Fälle vertreten wird = Morbus GILCHRIST.

Der Morbus BUSCHKE, klinisch unter dem Bilde des Geschwürs durch zunehmende Kachexie zum Tode führend, liefs histologisch ebenso wie kulturell in grofsen Massen eine Hefe zutage treten, die mit den mikroskopisch gesehenen Gebilden als identisch und durch das Tierexperiment sowie durch Rückimpfung auf die Patientin als pathogen und ätiologisches Moment für die Erkrankung erkannt wurde.

Der Morbus BUSCHKE ist mithin als eine durch die Wucherung von Hefepilzen erzeugte Erkrankung anzusehen.

Dieser Beweis ist für den Morbus GILCHRIST als nicht erbracht anzusehen.

Der Morbus GILCHRIST ist zu betrachten als eine eigentümliche, von den durchweg amerikanischen Autoren hinsichtlich ihres histologischen Bildes wie klinischen Aussehens einheitlich geschilderte Erkrankung, die ihr charakteristisches Gepräge erhält durch die eigentümliche Diskrepanz, indem sie sich histologisch als eine epitheliale Wucherung mit miliaren Abscessen präsentiert, während sie klinisch den Eindruck einer Tuberculosis verrucosa cutis hervorruft.

Was die bei ihr gefundenen Körperchen anbelangt, so erwecken sie morphologisch nicht den Eindruck von Hefepilzen. Die von den amerikanischen Autoren aus der Affektion gezüchteten Pilze sind in keinem Falle als Hefepilze anzusehen, noch weniger scheinen sie nach den beigegebenen Mikrophotographien mit den histologisch erkannten Körpern identisch zu sein, vielmehr gleichen sie den gewöhnlichen saprophytischen Vertretern der Luftflora (Oidien, Schimmel).

Es ist mithin der Morbus GILCHRIST ätiologisch nicht auf die Wucherung von Hefepilzen zurückzuführen, er ist vielmehr seinem histologischen Bilde und seinen klinischen Eigentümlichkeiten entsprechend als neoplastische Epithelerkrankung anzusehen, als welche auch unser Fall der Reihe der amerikanischen angegliedert zu werden verdiente. Die Bezeichnung Blastomykose ist daher für den Morbus GILCHRIST als nicht mehr zutreffend anzusehen, vielmehr zu reservieren lediglich für den Morbus BUSCHKE als die Blastomykose *κατ' ἐξοχήν*.

Über das Verhältnis des Lymphgefäfssystems bei (primärer) syphilitischer Infektion bei Weibern.

Von

R. Bergh.

Diese Mitteilung fufst auf der Untersuchung von 1260 meistens jungen Frauenzimmern der öffentlichen (321) und geheimen (939) Prostitution, die in den 18 Jahren von 1886—1903 im Vestre-Hospital von Kopenhagen wegen ersten Ausbruchs von Syphilis behandelt worden sind.

Nach stattgefundener luetischer Infektion schwellen fast immer die der Ansteckungsstelle zunächst liegenden Lymphknoten, meistens also die inguinalen, im Laufe der ersten oder jedenfalls der nächsten Wochen. Da die primäre Infektion meistens einseitig ist, schwellen die Lymphknoten meistens auch ursprünglich nur an der einen Seite. Diese Verpflanzung der Affektion scheint durch die Lymphgefäfse zu geschehen, entweder durch den Lymphstrom[1] oder, und wahrscheinlich zugleich, durch ein von der Infektionsstelle fortschreitendes Leiden der Wand der Lymphgefäfse.

Nachdem die der ursprünglichen Infektionsstelle zunächst liegenden Lymphknoten[2] infiziert worden sind, schwellen allmählich im Laufe von einigen Wochen, meistens aber in sehr unregelmäfsiger Folge, eine gröfsere oder kleinere Anzahl der übrigen Noduli lymphatici des Körpers. Dieses fortschreitende Einziehen der Lymphknoten in die luetische Infektion scheint nicht durch die Lymphgefäfse, sondern durch das Blutgefäfssystem zu gehen. Die Infektion des Blutes mufs entweder durch Überwanderung des Virus von der Infektionsstelle (oder den primären Lymphknoten), oder von einer zentripetal fortschreitenden Affektion der

---

[1] In einer der Sitzungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft (*Arch. f. Derm. u. Syph.* XXXIX. 1897. S. 241) hat Lang auf den Fund von subcutanen, sklerosierten Lymphgefäfsen aufmerksam gemacht, die vom Unterleib gegen die inguinalen Knoten, also gegen die Richtung des Lymphstroms, hinabstiegen. Ähnliche Verhältnisse hat er hinten am Halse beobachtet.

[2] Die von der (internationalen) Deutschen anatomischen Gesellschaft in 1877 gebildete Kommission für Ausarbeitung einer internationalen anatomischen Nomenklatur erreichte keine Einigkeit in bezug auf Benennung der Lymphdrüsen. His hat (*Die anatomische Nomenklatur.* 1895. S. 78, 110—116) die Benennung „Lymphoglandulae" vorgeschlagen, die aber keinen Anklang gefunden zu haben scheint.

Lymphgefäfse nach den Hauptstämmen hinauf (s. unten), oder durch den Lymphstrom geschehen. Vielleicht stockt aber das Fortschreiten der Affektion der Lymphgefäfsstämme ziemlich schnell (W. Bock, Arm. Hansen [Lepra], Vajda).

Obgleich die Lymphgefäfse den Weg von der Infektionsstelle an die Lymphknoten bilden, sind jene doch selten als dünne (stecknadeldicke) Schnüre in den äufseren Genitalien zu fühlen. Bei Männern ist das Verhältnis ein anderes, indem die Schnur an der Rückenseite des Membrums wegen der der Palpation günstigen lokalen Verhältnisse häufig so deutlich ist. Schnurartig geschwollene Lymphgefäfse scheinen auch sonst bei weiblichen syphilitischen Individuen selten vorzukommen. Bei den in allem nur 41 hier in den genannten Jahren vorgekommenen Fällen von extragenitaler Infektion[3] mit zugehörenden lokalen Lymphknoten (Noduli cervic. postt., mastoidei, praeauricularis, submandibulares, submentalis, paramammarii, axillares) sind solche Schnüre hier nie mit Sicherheit nachgewiesen. Auch nach genitaler Infektion werden Lymphgefäfse nur selten palpiert, in dieser Reihe von Fällen deutlich nur bei sechs Individuen, bei fünf in den Grofslippen, bei dem einen derselben als zwei gesonderte Schnüre; bei einem als ein von der Vorhaut nach aufsen verlaufender dünner Strang. Sicherlich kommen aber labiale Lymphangiten[4] viel häufiger vor, in der Tiefe der an Lymphgefäfsen so reichen Grofslippen versteckt, indem solche die ursprüngliche und wesentliche Grundlage des indurativen labialen Ödems bilden. Ein solches hartes Ödem der Grofslippen kommt recht häufig vor, wurde hier bei 119 der 1219 (1260) Individuen oder bei vollen 9,7% derselben gesehen.[5] Übrigens kam solches noch bei 20 Individuen mit frühzeitig aufgetretenem erstem und zweitem Rezidiv vor. In ein paar Fällen konnte keine Infektionsstelle oder Narbe nach solcher nachgewiesen werden, in allen anderen fanden sich eine oder mehrere Indurationen oder Papeln, meistens an den Grofslippen.

---

[3] Von diesen Individuen (von welchen mehrere zugleich genitale Schleimpapeln hatten) zeigten 18 das Initialsymptom an den Mundlippen, zwei professionelle Fellatricen hatten solche im Schlunde, fünf trugen induriertes Geschwür in der Nähe des Nabels, vier an den Brüsten; bei den anderen Individuen fand sich das Initialsymptom an anderen Körperteilen.

[4] Varaillon (De l'oedème chancreux syphilitique. *Thèse de Paris.* 1882. S. 21) gibt diese Lymphangiten als fast konstante Begleiterinnen des indurativen Ödems an. Insoweit damit das Vorhandensein von palpablen Lymphgefäfsschnüren behauptet sein soll, ist die Angabe kaum richtig.

[5] Aimé Martin (De l'oedème dur des grands Lèvres symptomatique des accidents secondaires de la vulve. *Ann. de gynécologie.* 1878. S. 401) sah dieses Ödem bei 5% seiner syphilitischen Patientinnen.

Dieses harte, indurative, sklerotische Ödem zeigt sich als eine scharf begrenzte, ebene, seltener grobknotige, eigentümlich feste, etwas elastische (gleichsam skleremartige), nicht schmerzhafte Geschwulst der Grofslippe, deren Haut nicht wesentlich geändert, nur meistens etwas gelblichrötlich ist. Recht häufig ist die gleichseitige Nymphe sowie dann oft auch die Vorhaut — nicht aber die Glans[6] — in ähnlicher Weise in das Leiden eingezogen. An der Oberfläche der Geschwulst kommen nicht selten Induration, Papeln oder Schleimpapeln vor, besonders gegen den freien Rand der Grofslippe hin. Wie besprochen, werden durch die feste Geschwulst nur ganz selten sklerosierte Lymphgefäfsschnüre palpiert. Und doch sind es endo- und perivaskuläre Vorgänge in den Lymph- und Blutgefäfsen, Perilymphangiten und Periphlebiten mit zugehörendem fibrinösem Exsudat und Hyperplasie der fixen Bindegewebszellen, die das Ödem bilden. Solches geht mit hinlänglicher Sicherheit besonders aus den Untersuchungen Fingers, Mračeks, M. Meyers u. a. hervor[7]

Dieses Ödem ist immer mit Geschwulst der gleichseitigen nächstliegenden Lymphknoten vergesellschaftet, die von der durch die Lymphwege von der Ansteckungsstelle fortgepflanzten Infektion herrührt. Das allmählich nachfolgende generelle Schwellen der Lymphknoten hängt, wie erwähnt, von der durch die Blutgefäfse fortschreitenden allgemeinen Infektion ab.

Selbst bei von der ersten Kindheit ab ganz gesunden Individuen kann man meistens[8] an irgendeiner Stelle dem Anscheine nach geschwollene palpable Lymphknoten finden, besonders in den Leisten, hinten am Halse und unter dem Unterkiefer. Die durch Syphilis geschwollenen Lymphknoten bieten der Palpation nichts Charakteristisches, und deutliche Lymphknoten können in den verschiedensten Regionen bei nichtluetischen Individuen gefühlt werden, oft auch nur an der einen Seite. Mitunter werden daher hier und da bei Syphilis vorkommende Noduli lymphatici mit Unrecht der Lues zugeschrieben; immerhin bleibt doch im ganzen ein mehr verbreitetes Vorkommen von solchen in bezug auf aktuelle oder frühere Syphilis verdächtig, besonders sind die gewisser Regionen (Noduli mastoidei, epitrochleares) zu beachten.

---

[6] P. Poirier, Traité d'anat. humaine. II, 4. 1902. Poirier et Cunéo, Ét. spéc. des lymphatiques. S. (1159—1312) 1197. Fig. 585.

[7] Finger, Über das Oedema indurat. (Sigmund), Oedema sclerotic. (Pick). *Arch. f. Derm. u. Syph.* XIX. 1887. S. 58—70 m. Taf. I—II.

Mraček, Verhandl. d. Wiener dermatol. Ges. l. c. XXIII. 1891. S. 166—168. (M. Meyer, Oedema indur. Diss. Würzburg. 1895. S. 24.)

[8] Dietrich, Die Palpation der Lymphdrüsen. *Sitzungsber. d. physik.-medic. Societät zu Erlangen.* 18. Heft. 1886. S. (52—77) 55.

Nur selten scheint bei frischer Syphilis das lymphatische System fast ganz unberührt, und geschwollene Lymphknoten an den gewöhnlichen, der Palpation zugänglichen Stellen zu fehlen.[9] Nur bei sieben der 1260 Individuen schien solches der Fall zu sein. Bei allen anderen, mit Ausnahme von acht, fehlten solche nicht, wenigstens nicht geschwollene Noduli inguinales. Aber nur bei 75 Individuen waren diese die allein affizierten, bei den übrigen (1178) fühlten sich zugleich andere geschwollen.

Selten war nur ein einzelner Leistenknoten leidend, meistens mehrere, und von Bohnen- bis Kirschengröfse. In Übereinstimmung mit den gewöhnlichsten anatomischen Verhältnissen waren die der innersten und mittleren oberen Gruppe gehörenden superfiziellen Noduli die am häufigsten affizierten; mitunter waren alle (vier bis fünf) Gruppen[10], also die ganze inguinale Pleiade, leidend.

In bezug auf das Häufigkeitsverhältnis des Vorkommens der verschiedenen Lymphknoten folgen nach den inguinalen (bei 1245 Individuen) die an der Hinterseite des Halses, Noduli cervicales postt., welche bei 1047 Individuen deutlich waren.[11] Nach diesen cervikalen kommen die auf der Glandula submaxillaris vorne und hinten liegenden Noduli submandibulares[12], bei 536 Individuen deutlich; mehrmals schienen dieselben doch nicht direkt von Syphilis abhängig, sie traten erst mit einer durch merkurielle Behandlung hervorgerufenen Mundirritation auf, einige Male trat Suppuration ein (Mischinfektion). Nach den submandibulären folgen in Häufigkeit die an den Wänden und am Boden der Achselgrube subaponeurotisch liegenden, in Anzahl sehr variablen axillären Lymphknoten, bei 419 Individuen.[13] Über die Häufigkeit des Vorkommens von palpablen kubitalen, epitrochlealen Noduli gehen die Angaben

---

[9] Lose hierauf bezügliche Angaben finden sich oft bei den Syphilidologen (Bassereau, Clerc, Is. Neumann usw.), genauere scheinen aber zu fehlen.

Zuriaga (Le sifilis sin adenitis. *Cron. med. di Valencia.* 1890. S. 38. — *Arch. f. Derm. u. Syph.* XXIV. 1892. S. 149) scheint einen ausgeprägten Fall gesehen zu haben.

Einer Zusammenstellung von verschiedenen Angaben zufolge gibt L. Jullien (*Tr. prat. des mal. vénér.* 2. éd. 1886. S. 592) solches Fehlen als in 2% der Fälle vorkommend an.

[10] Auspitz. Über die Bubonen der Leistengegend. *Arch. f. Derm. u. Syph.* V. 1878. S. 443—501 m. 4 Fig.

Bruhns, Über die Lymphgefäfse d. weibl. Genit. *Arch. f. Anat. u. Phys.* 1898. S. 57—80. Fig. 1.

Poirier et Cunéo, l. c. 1902. S. 1161—1165. Fig. 567, 568.

[11] A. Fournier (*Leç. sur la Syphilis chez la femme.* 1878. S. 619) glaubt die Halsknoten häufiger bei Frauenzimmern als bei Männern geschwollen zu sehen.

[12] Maxilla ist Oberkiefer, Mandibula Unterkiefer.

[13] Vergl. T. Cohn, Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers. I. 1905. S. 68.

der Syphilidologen weit auseinander. Besonders von SIGMUND („die SIGMUND-schen Drüsen")[14] und von GRÜNFELD wurden sie als häufig vorkommend angegeben und fast als pathognostisch betrachtet, während A. FOURNIER[15] sie nur ziemlich selten gesehen hat. Diese kleinen, in geringer Anzahl vorkommenden, zwischen den Sehnen des M. biceps und des M. triceps an der V. basilica liegenden Lymphknoten[16] sind bei Menschen, die keine Beschädigung der Hand gehabt haben und sonst gesund sind, meistens schwer palpabel und meistens nur einzeln vorhanden. Solche wurden hier bei 195 Individuen palpiert, bei denen auch kein lokales Hautleiden vorgekommen war[17], aber nur bei sechs an beiden Armen; bei 16 wurden sie als ein bis drei Knoten auf geschwollenen Schnüren gefühlt. Bei 126 Individuen kamen deutliche Noduli mastoidei und auriculares postt. vor; SELLEI[18] hat diesen leicht palpablen Lymphknoten eine für Lues eigene pathognostische Bedeutung zugelegt; richtig ist es, dafs sie langsamer als die meisten anderen Lymphknoten involviert werden. Geschwollene Noduli cervicales antt. (supraclaviculares) kamen bei 106 Individuen vor. Die an der Insertion des M. occipitalis, am Aufsenrande des M. trapezius liegenden (zwei bis drei) Noduli occipitales, die ziemlich selten bei gesunden Menschen palpiert werden können[19], kamen bei 55 dieser luetischen Individuen vor. Bei 38 waren an der einen Seite die am Rande des M. pectoralis maj. liegenden (ein bis drei) paramammaren Knoten (Gl. thoracicae inff.) deutlich[20]; bei vier fand sich Induration an der Brustwarze; LESSER hat diesen Noduli einen besonderen Wert für die Diagnose der Lues beigelegt.[21] Bei 34 Individuen

---

[14] *Wien. med. Wochenschr.* 1853. Nr. 31, S. 481. — 1859. Nr. 22, S. 350.

[15] A. FOURNIER, Des adénopathies sec. de la Syphilis. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* IV. 1872—1873. S. 11.

[16] CECIL H. LEAF, The surgical anatomy of the lymphatic glands. 1898. S. 45. QUEYRAT (Adénop. epitrochléennes symmétr. *Sem. médic.* XXII. 1902. S. 409. — *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 4 S. IV. 1902. S. 165) hat Geschwulst dieser Knoten aufser bei Lues bei Lymphadenie, Mykosis fungoides und genereller Tuberkulose gesehen.

Vergl. T. COHN, l. c. 1905. S. 96, 108, 113.

[17] AUSPITZ (l. c. S. 467) überschätzt überhaupt hier die Bedeutung der Lokalleiden für die Entstehung der Lymphadeniten.

[18] SELLEI, Über den pathognomon. Wert der luetischen Drüsenschwellung. Festschrift, gewidmet M. KAPOSI. Ergänzungsb. f. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900. S. 287 bis 290.

[19] DIETRICH (l. c. 1886. S. 55) zufolge sind die occipitalen von allen Lymphknoten die bei gesunden Menschen am seltensten palpablen.

[20] POIRIER et CUNÉO, l. c. S. 1260. Fig. 618e.

COHN (Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers. I. 1905. S. 29) hat bei normalen Individuen nie „pektorale" Lymphknoten palpieren können.

[21] LESSER, *Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh.* Neunte Aufl. 1897. II. S. 127.

kam ein submentaler, bei 15 vor dem Tragus ein präaurikulärer Lymphknoten vor; in 15 dieser 49 Fälle fand sich Initialsymptom an den Mundlippen vor. Die Lymphknoten der Kniekehle, die Noduli lymphatici poplitei, sind überhaupt bei gesunden Menschen kaum zu fühlen. LEAF zufolge (l. c. S. 71) soll als Regel ein Knoten oberflächlich zwischen den Cond. femoris vorkommen, ein bis drei tiefer liegende und einer ein wenig höher hinauf; etwa so ist auch die Darstellung bei POIRIER und CUNÉO (l. c. S. 1159—1161. Fig. 566, 572). AUSPITZ (l. c. S. 46) hat diese Knoten nie fühlen können, und bei den Syphilidologen werden sie fast kaum erwähnt. In der jetzigen Untersuchungsreihe wurden bei acht Individuen (die nie ein Leiden an den Füfsen gehabt zu haben schienen) ein solcher Knoten palpiert und bei einem zwei.

Bei einem unserer Individuen fand sich eine deutliche Induration oben an der Wand der Vagina, bei zwei eine ähnliche an der Fornix und bei 21 an dem Collum uteri, meistens auf oder neben dem Orificium. Unzweifelhaft werden mit solchen Initialsymptomen gewöhnlich auch (neben Geschwulst der Inguinalknoten) Intumescens der Noduli iliaci int. (hypogastrici) einhergehen. Fast nie[22] werden solche bei vaginaler oder rektaler Exploration zu fühlen sein, so auch nie bei unseren Untersuchungen. Bei Autopsien sind sie aber öfter geschwollen gesehen (BAERENSPRUNG, A. FOURNIER, CORNIL u. a.); JULLIEN und SABAREANU haben solche Fälle abgebildet.[23] Ein sehr ausgeprägter Fall kam auch bei uns vor.[24]

---

[22] B. S. SCHULTZE (Über Palpation normaler Eierstöcke. *Jenaische Zeitschr.* I, 3. 1864. S. 283) scheint (ein einzelnes Mal) einen geschwollenen Lymphknoten an der Seite und hinter dem Rektum gefühlt zu haben.

[23] JULLIEN, Traité prat. des mal. vénér. 2. éd. 1886. S. 592, 594. Fig. 93.
SABAREANU, Chancres syphilit. successifs. Paris. 1905. S. 56. Fig. 1.

[24] R. BERGH, Vestre Hosp. i 1893. 1894. S. 30
Ein 17jähriges kräftiges Mädchen wurde eingelegt mit genitalen Papeln, indurativem Ödem, Polyadenit, Prodromen und einem sehr verbreiteten Ausbruch von dichtstehenden papulösen und papulaten (lentikulären) Syphiliden sowie mit Krusten an der Kopfschwarte und Haarausfall. Nach zehn Inunktionen (à 5 g Ungt. hydr.) bekam die Patientin ein diffuses merkurielles Erythem, das dunkler und cyanotisch wurde, mit zerstreuten Ecchymosen; vom Gesichte, das ödematös war, verbreitete sich das Erythem allmählich über Konjunktiven, Nasenlöcher, Ohrengänge und Mundhöhle, stieg dann weiter in die Luftwege hinab. Nach starker Orthopnoe kollabierte sie durch Herzlähmung, 18 Tage nach Auftreten des infektiösen Erythems. — Die Sektion zeigte eine sehr verbreitete Schwellung der Lymphknoten, auch der Noduli bronchiales und meseraici. Vor allem fand sich aber ein dichter Strang von gröfseren und kleineren Lymphknoten, der sich, besonders stark an der rechten Seite entwickelt, vom Annulus cruralis längs der Wand des kleinen Beckens ein Stück weiter hinauf längs der Seiten der lumbalen Wirbelsäule fortsetzte. Im Strange fand sich ein gröfserer Knoten von einer Länge von 7 cm bei einer Breite von 3 und Dicke von 2,5 cm; derselbe war, wie die anderen, von fester Konsistenz mit rötlicher Schnittfläche.

Der obenstehenden Darstellung nach sollten die Lymphknotengruppen in dem folgenden relativen Häufigkeitsverhältnisse auftreten: Die Noduli inguinales in fast 100% der 1260 (1253) Individuen, die Noduli cervicales postt. in ein wenig über 83%, die N. submandibulares in gegen 42,8%, die N. axillares in ein wenig über 33,4%, die N. cubitales in gegen 15,6%, die N. mastoidei in etwa 10%, die N. cervicales antt. in wenig mehr als 8,4%, die N. occipitales in etwas über 4,4%, die N. parammarii in etwa 3%, die N. submentales auch in etwa 3%, der präaurikuläre Knoten in gegen 1,2% und die N. poplitei in etwas über 0,7%.[25]

Alle diese Lymphknoten sind in der Regel indolent, nur anfangs, besonders die der Leisten und an der Hinterseite des Halses, mitunter ein wenig empfindlich. Die Angabe Lessers (l. c. S. 127), dafs sie nie suppurieren, ist unrichtig; ebenso wenig plausibel ist wohl, wenigstens in bezug auf die Frauenzimmer, die von Is. Neumann (l. c. I. S. 87), dafs diese Lymphknoten in 3% der Fälle abscedieren. In der hier behandelten grofsen Gruppe von Fällen trat Suppuration nur in 15 oder in etwa 1,2% derselben ein[26], in einem war es ein kubitaler, in einem anderen ein axillärer Knoten der abscedierte; in den übrigen ein inguinaler (8) oder ein submandibulärer (5), wahrscheinlich fand sich hier eine Mischinfektion. Die Geschwulst der Lymphknoten erhält sich meistens vier bis sechs Monaten, mitunter scheint fast keine Involution einzutreten.

---

[25] Dietrich hat (l. c. S. 69) eine ähnliche Übersicht geliefert, die doch nur auf der Untersuchung von 50 Individuen fufst und mit den obenstehenden Resultaten nicht stimmt. Er sah geschwollene Leistenknoten bei 100%, die Halsknoten (N. cervicales antt. und postt.) bei 98% vergröfsert, die axillären bei 90%, die kubitalen bei 72%, die occipitalen bei 8%.

[26] Bassereau (Traité des aff. de la peau — de la Syphilis. 1852. S. 151) sah Suppuration in einem von 116 Fällen. Einer Zusammenstellung bei Jullien (l. c. 1886. S. 569) zufolge sollte Suppuration bei 2,9% von syphilitischen Individuen vorkommen.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6./19. November 1905.

Originalbericht von Dr. Arth. Jordan-Moskau.

1. Prof. Pospelow stellte aus seiner Klinik eine 27jährige Frau mit **Röntgengeschwüren** vor. Die betreffende hysterische Patientin hatte längere Zeit an einem Fibroma uteri und Metrorrhagien gelitten, weswegen ihr vom Gynäkologen mittels Laparotomie der Uterus mit seinen Adnexen völlig entfernt wurde. Sieben Monate

nach der Operation trat auf beiden Händen und auf den inneren Partien beider Oberschenkel ein symmetrisch gelagertes, hartnäckiges Ekzem auf, welches von einem Provinzialarzt mit X-Strahlen behandelt wurde. Nach sechs bis sieben Sitzungen entwickelte sich bei der Kranken an Stelle des Ekzems eine Dermatitis mit Nekrose der Haut und Bildung aufserordentlich schmerzhafter Geschwüre, die in symmetrischer Weise auf beiden Handrücken und auf der inneren Fläche beider Oberschenkel safsen. Während aber auf dem linken Handrücken und dem linken Oberschenkel die Ulcera im Laufe von zwei Monaten unter Hinterlassung einer bei Berührung schmerzhaften und sichtbaren Narbe verheilten, vergröfserten sich die Geschwüre auf dem rechten Handrücken und der inneren Oberfläche des rechten Oberschenkels. Die unerträgliche Schmerzhaftigkeit dauerte fort, Appetit und Schlaf schwanden fast ganz und entkräfteten die Kranke total. Da weder die örtliche noch die allgemeine Behandlung den geringsten Nutzen brachte, so kam die Kranke nach Moskau. Bei Eintritt derselben in die Klinik wurde folgender Status aufgestellt: Die rechte Hand ist klauenartig verkrümmt, die Haut auf dem Handrücken ist von bläulich-roter Farbe, polsterartig aufgetrieben und äufserst schmerzhaft. In der Mitte der ödematösen Partie findet sich ein Geschwür von Zwanzigkopekengröfse und unregelmäfsigen, aber nicht zerfressenen Rändern und gelblich-grau belegtem Grunde. In der Umgebung des Geschwürs sieht man einen Ring von sklerosierter Haut (Sklerodermie) mit Verbreitung der Sklerodermie auf die dritte Phalange des Daumens, Zeige- und Mittelfingers, so dafs es der Kranken unmöglich ist, die Finger zu strecken. Ein ähnliches Geschwür, von der Gröfse der Hand eines Erwachsenen, findet sich auf der inneren Fläche des linken Oberschenkels. Bei der Palpation läfst sich leicht konstatieren, dafs das durch die X-Strahlen hervorgerufene Infiltrat nicht nur das Corium, sondern auch das Unterhautzellgewebe und sogar die Muskeln betrifft. Ebenso wie auf der Hand, ist auch das Oberschenkelgeschwür sehr schmerzhaft. Starke Entkräftung infolge von Schlaflosigkeit und Appetitmangel. Von seiten der inneren Organe sind aufser den Folgen der Laparotomie keine weiteren Veränderungen zu bemerken. P. bringt das Auftreten von Geschwüren mit der Röntgenisation bei der Kranken in Verbindung mit der Hysterie und allgemeinen Entkräftung, die sowohl Folge der Metrorrhagie als auch Folge der Störungen des gesamten Organismus nach der Laparotomie ist, wobei freilich nicht zu leugnen ist, dafs auch die sehr eifrige Behandlung mit X-Strahlen von Bedeutung ist. Hinsichtlich der Pathogenese und pathologischen Anatomie der Röntgengeschwüre geht die Ansicht von P. dahin, dafs es sich handelt um eine Affektion der vasomotorischen Nerven mit nachfolgender Trophoneurose (Scholtz u. a.), vakuoler Entartung der Intima und Mucosa der Blutgefäfse (Gassmann) und Veränderung der kollagenen Substanz des Bindegewebes (Unna), welche stark aufquillt und was anscheinend zur künstlichen Sklerodermie (Barthélemy) führt. Bei Behandlung der Kranken wurde zur Schmerzstillung Karbolöl (Ol. provinc. nat. sterilis. 50,0, Ac. carbol. puriss. 5,0) verwandt mit einem Druckverband aus Watte und Umwicklung mit der Martinschen Binde. Ferner wurde eine allgemein kräftigende Behandlung eingeschlagen. Nach Anwendung der Karbolsäure schwanden die Schmerzen bald und die Kranke schlief noch in derselben Nacht ein. Mit Eintritt des Schlafes kehrte auch der Appetit wieder und die Geschwüre begannen sich, wenn auch sehr langsam, zu reinigen und von den Rändern zu verheilen. Der allgemeine Zustand der Kranken begann sich schnell zu bessern. (Autoreferat.)

Diskussion: Reschetillo ist der Ansicht, dafs, abgesehen von einer Disposition, vor allem die Wahl der Röhren wie die Dauer ihrer Anwendung mafsgebend sind. Je eifriger man in der Behandlung mit Röntgenstrahlen ist, desto schlechter ist der Erfolg, und umgekehrt, je kürzere Zeit man dieselben einwirken läfst, desto besser

der Erfolg. Hinsichtlich der Therapie der Röntgengeschwüre erinnert R. an die in neuerer Zeit empfohlene Behandlung mit ganz weichen Röhren.

Pospelow glaubt nicht, dafs letztere Röhren in die Tiefe wirken können, hat aber trotzdem diese Behandlung der Kranken empfohlen, jedoch wies sie dieselbe voll Entsetzen zurück. Im allgemeinen verheilen die Röntgengeschwüre mit der Zeit, aber ein bestimmtes Mittel kennt man noch nicht; gelegentlich führen sie aber auch zu Septikämie.

Gorbatschew rät, blaues Licht zu versuchen.

Golubinin (Internist) berichtet über einen Fall von Leukämie, der eine sehr nervöse Person betraf und wo erst nach langdauernder Anwendung der Röntgenstrahlen (ca. 100 Sitzungen) ein vorzügliches Resultat zu erkennen war, ohne dafs es zu Ulcerationen kam. Er fragt die Dermatologen, wie man denn solchen Ulcerationen vorbeugen kann?

Reschetillo erwidert, durch Stanniolpapier, sog. Filter und durch Radiometer.

Tschernychowsky (Gynäkolog) glaubt, dafs in dem vorgestellten Fall das Fibromyom des Uterus, die langdauernden Blutungen, die Laparotomie mit Exstirpation des Uterus und der Anhänge die Gefäfse und Nerven derart geschwächt hatten, dafs die bald darauf ausgeführte Röntgenbehandlung schlecht vertragen wurde.

2. Sokolow machte Mitteilung über die **Spirochaeta pallida Schaudinn** und stellte die betreffenden mikroskopischen Präparate vor. In zwölf Fällen kondylomatöser Syphilis wurde von ihm die Spirochaeta pallida achtmal gefunden, und zwar in nässenden Papeln, Sklerosen und bei Angina papulosa, dreimal nicht gefunden und in einem Falle war das Resultat ein zweifelhaftes.

Diskussion: Trchlenow hat im Laboratorium von Gabritschewsky, gemeinsam mit diesem und teilweise mit Dr. Braunstein, 40 Fälle von primärer, sekundärer und hereditärer Lues untersucht und im primären Stadium immer, im sekundären Stadium fast immer die Spirochaeta pallida nachweisen können. Ähnlich war auch das Resultat bei der hereditären Lues, jedoch konnte er das von französischen Forschern gefundene massenhafte Vorkommen von Spirochaeta pallida bei Pemphigus syphiliticus nicht bestätigen. Bei gummöser Syphilis wurden keine Untersuchungen angestellt.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Band IX. Heft 1. Oktober 1905.

I. **Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die exsudative syphilitische Meningitis,** von König-Berlin. Bei zwei eklatanten Fällen von chronischer, exsudativer syphilitischer Meningitis, wo trotz intensiver Anwendung von Quecksilber und Jodpräparaten eine Resorption nicht zustande kommen konnte, nahm K. eine teilweise Entleerung der Exsudate durch Lumbalpunktion vor und erzielte dadurch definitive Heilung, wie die ausführlichen Krankengeschichten der beiden Fälle zeigen. Der Rückgang der meningitischen Erscheinungen erfolgte sofort nach der Punktion, beide Patienten fühlten sich nach Verlauf von etwa zwei weiteren Monaten vollkommen hergestellt und gehen seitdem ohne jede Störung ihren Berufspflichten nach. Die Einwirkung der Lumbalpunktion besteht darin, dafs die stark gespannten und gedehnten Häute ihre resorptiven Fähigkeiten verloren haben und erst zurückgewinnen,

wenn durch Ablassen von Flüssigkeit die zur physiologischen Arbeitsleistung nötige Entspannung derselben wieder herbeigeführt ist. Auch noch in anderer Richtung vermag die Entspannung der Häute die Aufsaugung syphilitischer Exsudate günstig zu beeinflussen. Befinden sich nämlich die Wandungen des Subarachnoidalraumes in einer gewissen Spannung, so ist dem die spezifischen Heilpotenzen herbeischaffenden kapillaren Lymph- oder Blutstrome der Zugang offenbar mehr oder weniger versperrt, und die innerhalb der Häute gelegenen Krankheitsprodukte sind einer therapeutischen Einwirkung entzogen. Erst mit dem Fallen dieser Schranke, d. h. mit der Freigabe des Weges, gelangen dieselben an den locus morbi und vermögen ihre Wirkung zu entfalten. Der Nutzeffekt der Lumbalpunktion ist also lediglich ein physikalischer, und damit umgrenzt sich auch ihr Aktionsradius. Eine solche Spannung und Dehnung der Subarachnoidalräume kann man zuweilen aus dem Verhalten der Optionspapille erkennen, doch kann man selbst bei gänzlichem Mangel ophthalmoskopischer Erscheinungen die Anwesenheit selbst umfangreicherer meningitischer Exsudate niemals ausschliefsen. Dann macht man die probatorische Lumbalpunktion zum Zweck einer Druckmessung; übersteigt der Druck die normalen Zahlen bedeutend, so läfst man eben sofort eine entsprechende Menge Flüssigkeit ab. Bei horizontaler Seitenlage stellt sich der normale Druck im Durchschnitt auf 125 mm Wasser, bei sitzender Stellung auf 410 mm. Die physiologische Breite für die horizontale Seitenlage schwankt dabei zwischen 100 und 150, für die sitzende Stellung zwischen 350 und 450 mm. Das Abströmen des Liquor erfolgt im Liegen tropfenweise, in sitzender Stellung sprudelnd und spritzend. Die im Manometerrohre auftretenden Pulsationsschwankungen betragen bei normalem Radialpulse 2 bis 5 mm. Die Lumbalpunktion aber in horizontaler Seitenlage, unter möglichst verlustloser, in Kapillaren vorzunehmender Druckmessung, unter genauer Beobachtung der pulsatorischen Schwankungen und tropfenweiser, die untere physiologische Grenze nicht überschreitender Entleerung des Liquor ist ein so harmloser, für die Heilung des Patienten dagegen unter Umständen ein so bedeutungsvoller Eingriff, dafs er da nie unterlassen werden sollte, wo spezifische Kuren allein die Heilung nicht bewirken.

II. **Übersichtsreferat**, von Goldberg-Cöln-Wildungen. Ein Übersichtsreferat über endoskopische Neuerungen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 10.

1. **Zur Anatomie der Schleimhautaffektionen bei Lichen planus (Wilson)**, von Franz v. Poor-Budapest. P. hat in einem Falle von Lichen planus ein Stückchen der erkrankten Mundschleimhaut exzidiert und histologisch untersucht; die erhobenen Befunde schildert er zusammenfassend in folgenden Sätzen:

1. Die bei Lichen planus der Mundschleimhaut bestehende Hohlraumbildung entspricht dem Bilde einer subepithelialen Blase und wird durch Exsudation aus den Blutgefäfsen zustande gebracht.

2. Die Affektion geht von den Blutgefäfsen der Submucosa aus.

3. Bei dem Prozesse besteht eine mit pathologischer Bildung von Keratohyalin verbundene partielle Verhornung der Mundschleimhaut. Die Verhornung geht mit partieller pathologischer Proliferation des Epithels einher; es ist demnach die Mundschleimhautaffektion des Lichen planus unter die Pachydermiae mucosae im Sinne Virchows zu reihen.

2. **Über das Zusammentreffen von Lichen ruber und Diabetes mellitus, nebst Mitteilung des histologischen Befundes bei Lichen sclerosus**, von Erich

Hoffmann-Berlin. H. beobachtete vor einiger Zeit kurz nacheinander zwei Fälle von Lichen ruber bei Diabetikern. In dem einen Falle handelte es sich um einen Lichen ruber atrophicus sive sclerosus; die Hautaffektion, die auffallend geringes Jucken verursachte, wurde durch innerliche und subcutane Verabreichung von Arsen in grofsen Dosen, durch Behandlung mit Salicylseifenpflaster, Unnascher Salbe und anderen Mitteln nur sehr wenig beeinflufst. Der Zuckergehalt des Urins schwankte bei allerdings nicht sehr strenger Diät gewöhnlich zwischen 2 und 6%. Die histologische Untersuchung zweier Effloreszenzen liefs eine auffallend verdickte, festgefügte, nicht kernhaltige, horizontal geschichtete Hornschicht erkennen. Die Körnerschicht bestand nur aus einer Schicht schmaler Zellen. Das Rete war verschmächtigt, seine Zellen horizontal abgeplattet, in der erkrankten Zone fehlte jede Andeutung von Retezapfen und dementsprechend auch von Cutispapillen. In der Cutis konnte man drei bereits von Darier beschriebene Zonen unterscheiden. — Im zweiten Falle lag ein typischer Lichen planus vor; die Hautaffektion war auch hier sehr hartnäckig, der Juckreiz auffallend stark. Der Zuckergehalt schwankte gewöhnlich zwischen 2 und 4%. Beide Patienten waren bereits jahrelang zuckerkrank, als der Lichen auftrat.

Einwandfreie Fälle von Lichen ruber bei Diabetikern sind bisher nur von Brocq, Saalfeld und Pinkus mitgeteilt worden. Bei der geringen Zahl von Beobachtungen kann noch nicht entschieden werden, ob die Stoffwechselerkrankung einen Einfluſs auf den Verlauf der Dermatose hat oder nicht; immerhin läfst es der zweite Fall H.s und die Erfahrung Saalfelds möglich erscheinen, dafs der Lichen ruber bei Diabetikern hartnäckiger ist als sonst. Der langwierige Verlauf im ersten Falle H.s ist wohl kaum auf den Diabetes, sondern auf die Art des Lichen zurückzuführen. Die Lichenefflorescenzen zeigten bei beiden Patienten keine auf die Zuckerkrankheit zu beziehende Abweichung vom Typus und waren auch an zerkratzten Stellen nicht zu den sonst bei Diabetikern häufigen Pyodermitiden geneigt. Dagegen schien es, als ob die Arseninjektionen häufiger als sonst zu örtlicher Entzündung und Schwellung Anlafs gaben. Die Stärke der Zuckerausscheidung war von den verabreichten grofsen Arsendosen unabhängig. Die grofse Seltenheit der bisherigen Beobachtungen über Zusammentreffen von Diabetes und Lichen ruber scheint zu beweisen, dafs es sich lediglich um eine zufällige Kombination der beiden Krankheiten handelt.

3. **Über Fibroma molluscum Virchow**, von Hans Vörner-Leipzig. Beschreibung eines Falles von Fibroma molluscum mit starker, teils fleckenförmiger, teils diffuser (schwimmhosenförmiger) Hyperpigmentierung; auf dem Rücken der Patientin fand sich inmitten der hyperpigmentierten Haut eine über handtellergrofse vollständig pigmentlose Stelle. Die ausführlich mitgeteilten Befunde, die V. bei der histologischen Untersuchung mehrerer exzidierter Tumoren erhob, lassen erkennen, dafs die Entwicklung des Fibroma molluscum aus typischem jungen Bindegewebe hervorgeht. Es bilden sich zunächst Keimzentren von mehr rundlichen oder polygonalen Zellen mit einem einzelnen kugeligen Kern oder mit mehreren Kernen. Um diese lagern sich dann konzentrisch Spindelzellen, an die sich bei weiterem peripheren Wachstum die gleichermafsen sich schichtenden Fibrillen anschliefsen. An den kleinsten der untersuchten Fibrome, einem makroskopisch nicht erkennbaren, höchstens 0,1 mm grofsen Gebilde, das zufällig unter einem exzidierten Pigmentfleck gefunden wurde, bestanden drei derartige konfluente zentrierte Knötchen, die wohl aus einem einzigen gleichartigen entstanden sind. Aus den Schnitten geht hervor, dafs nicht die Gröfse des Fibroms an sich, sondern die Ausdehnung des von einem Wachstumszentrum gebildeten Knotens mit der Bildung fibrillärer Substanz in Beziehung steht; je mehr sich die Zelle von ihrem Wachstumszentrum entfernt, desto mehr hat sie Neigung, sich zur Fibrille umzuwandeln. Ferner zeigte sich, dafs die jungen Bindegewebs-

elemente gelegentlich nicht bloſs zu Fibrillen, sondern zu wirklichen kollagenen und elastischen Fasern ausreifen können. Die Untersuchung des Pigmentflecks und des darunter liegenden kleinsten Knötchens ließ nicht erkennen, inwieweit zwischen Pigmentierung und Fibrom ein Zusammenhang besteht. Jedenfalls aber zieht das Fibroma molluscum der Haut gerade die Stellen der Cutis in Mitleidenschaft, aus denen nach V.s Untersuchungen auch die sternförmigen Zellen der Cutis ihren Ursprung nehmen; vielleicht erklärt sich daraus, warum bei der Affektion so häufig Hyperpigmentierungen entstehen. Das untersuchte miliare Fibrom war sicher in seiner ersten Entwicklung begriffen, da es ganz aus feinsten Knötchen von jungen, spindelförmigen Bindegewebszellen bestand; es hatte gar keine Beziehung zu irgend einem Gebilde der Umgebung, war sogar gefäſsfrei und schloſs keinen Nerven ein, auch befand sich kein Nerv in seiner nächsten Nähe. Dieser Befund beweist, daſs die Theorie Recklinghausens, derzufolge das Fibroma molluscum durch Wucherung des Nervenbindegewebes entstehen soll (Neurofibromatosis), nicht haltbar ist. Die Nervenstämmchen, welche in die gröſseren Fibrome eintreten, kommen, sei es als geschlossene Bündel oder in einzelnen Ästen, aus den Tumoren stets auch wieder heraus; auch das spricht gegen die Anschauung Recklinghausens, da nach allgemeiner Erfahrung ein Nerv, der eine bestimmte Stelle nur passiert, keinen Einfluſs auf diese hat. Die durch die Fibrome hindurchtretenden Nervenstämmchen weisen eine endoneurale Wucherung nur innerhalb der Geschwülste auf; diese Wucherung ist sekundärer Natur.

4. **Beiträge zur Pathologie der spitzen Kondylome,** von Julius Heller-Charlottenburg-Berlin. H. hat bisher nur einmal bei zwei in geschlechtlichen Beziehungen zu einander stehenden Personen spitze Kondylome beobachtet. Weder beim Manne noch bei der Frau bestand eine Blennorrhoe; die Frau war gravid, die Papillome sollen bei ihr nach der Entbindung spontan verschwunden sein. Bei dem Manne fand sich, abgesehen von den typischen Feigwarzen an der Eichel, auf dem Schaft des Gliedes etwas oberhalb des Sulcus coronarius eine etwa kirschgroſse Neubildung, die in ihrem Aussehen von spitzen Kondylomen verschieden war, histologisch aber sich von diesen nicht wesentlich unterschied. Zwischen den langgestreckten, von gewöhnlichem Epithel bekleideten Papillen dieses Tumors lagen Massen von Hornzellen, über den Papillen erhob sich ein 1,4—1,6 mm dickes Hornzellenlager.

In einem anderen Falle beobachtete H. eine auffallend dunkle Färbung der Kondylome. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, daſs der ganze bindegewebige Grundstock der Neubildung völlig durchblutet war; das Epithel saſs gewissermaſsen auf dem Blutextravasat auf. Es handelte sich um eine spontane, intrakondylomatöse Gefäſsruptur; das Vorkommen solcher hat ein gewisses Interesse für die Frage der spontanen Rückbildung der Papillome.

Endlich berichtet H. noch über einen 45jährigen Mann, bei dem sich die Vorhaut im Verlaufe von 1½ Jahren in eine knorpelharte, die Eichel fest und vollständig umschlieſsende Geschwulst verwandelt hatte. Über das Niveau des ziemlich dunkel pigmentierten Präputiums erhoben sich breit aufsitzende, gelbweiſs gefärbte, pilzartige, einige Millimeter hohe Neubildungen von Linsen- bis Zweimarkstückgröſse. Die mikroskopische Untersuchung einer solchen Neubildung ergab, daſs es sich um eine papillomatöse Wucherung handelte. H. entfernte die ganze Vorhaut; es erfolgte glatte Heilung, während derselben traten im Sulcus coronarius frische oberflächliche papillomatöse Wucherungen auf, die spontan wieder verschwanden. Die histologische Untersuchung des entfernten Präputiums, speziell seiner tiefsten Partien, ließ erkennen, daſs die knorpelharte Geschwulst ein Epithelialcarcinom war.

kleinen Verletzungen zu behüten, die v
geführte Inzision. Ferner gestattet die
Fingers, der die Prostata von innen n
leichtert. Die Inzision ist endlich a
innersten Harnröhrenteiles eine Rea
wird nach Entfernung der Prosta
bleibt, der die bequeme Einführ
gestattet. Zur Naht verwende
ohne Schwierigkeit in die Ti
endigung der Operation wir
bis sechs Tagen entfernt u
etwa zehn Tage liegen.
zerstückelt werden solle
stets die Ausschälung
sonders schwierig od
nicht; er berechnet
aber, dafs sie kür
Prostatektomie, d
sie von anderen

2. **Über**
von J. Orais
Kranken mi

ewendet werden. Die unlöslichen Salze

von Alfred Fournier. (Fortsetzung
rschiedene Fragen ein, welche sich
ls sehr oft in demselben
den weniger charakte
len. Er beton
krankheit
floride
he
ellen
n der Tabes,
ebenso interessant wi
sselbe. Auch hierbei findet man
ebenso wie man dieselbe als Ursprung
Kindes antrifft. R. glaubt, dafs Heredität
chen sowohl für Paralyse wie für Tabes sind.
veranlafste Diskussion evident gezeigt, dafs die
ufs, ob direkt oder indirekt, mag dahingestellt bleiben,
emeinparalyse hat.

is tertiaria aquisita aut hereditaria der inneren weib-
organe, von T. Barthélemy. (Fortsetzung und Schlufs.) Die
Uterus bei Syphilitischen können therapeutisch sehr günstig beein-
wie eine Reihe aufgeführter Fälle zeigen, wenn auch chirurgische Ein-
gen. Der vierte Abschnitt behandelt die Syphilis der Ovarien und der
der fünfte die tertiäre Syphilis des kleinen Beckens, des Peritoneums, der
E nen usw., der sechste die Syphilis der Placenta, der siebente die Placentitis
syphilitica. Es folgen die Läsionen des Nabelstranges und die Mifsbildungen des
Genitalapparates in ihren Beziehungen zur Syphilis. Für alle diese Arten werden
Fälle besprochen, doch würde es zu weit führen, auf alle Einzelheiten dieser be-
deutenden Arbeit B.s einzugehen, die man nur im Original nachlesen kann, um sie
ganz zu würdigen. Die Studien sind nicht nur an sich interessant, sondern sie ver-
vollständigen die Aufzeichnungen, welche bisher über die tertiäre Lues der weiblichen
Geschlechtsorgane gemacht sind, bedeutend und ziehen auch die Frage der konzeptio-
nellen Syphilis in die Betrachtungen mit hinein.

VI. **Über die Behandlung der syphilitischen Coryza bei Neugeborenen**, von Laurens. Die Hauptaufgabe besteht darin, die Nase wieder durchgängig zu machen, da die Atmung durch die Krusten sehr behindert ist; man mufs natürlich die Sekrete der Nase entfernen. Für die Nasenspülungen empfehlen sich keine gewöhnlichen Spritzen, ebenso keine antiseptischen Lösungen, wie Sublimat, wegen der Gefahr einer Intoxikation. Jede Injektion in die Nase bei Neugeborenen ist gefährlich, weil man leicht die Tuba Eustachii infizieren kann und ebenso die Flüssigkeit in die Luftröhre bringen kann, wodurch Glottiskrampf und ähnliche gefährliche Komplikationen eintreten könnten. Auch Cocain mufs man vermeiden. Es empfiehlt sich, drei- bis viermal am Tage mit einem Tropfenzähler vier bis fünf Tropfen von Wasserstoffsuperoxydlösung zu instillieren. Dadurch entfernt man leicht die Krusten und macht das Naseninnere antiseptisch, abwechselnd träufele man daneben Öl oder sterilisierte Vaseline ein. Instrumente in die Nase einzuführen, empfiehlt sich nicht. Um die Ernährung zu erleichtern, empfiehlt es sich, in jedes Nasenloch vor den Mahlzeiten

vier Tropfen einer Lösung von Chlor
menziehung der Schleimhaut bewir
n Notfalle muſs das Kind durc
e gute Wirkung des gra
yphilis, von Variot.
Quecksilber in
arreichung) und
einen Kinde
ber jetz
er
esu
r erziel
n schnell, wie
emeinzustand des Kinde
chung wurden nie beobachtet.
gab nur 1½ cg Pulver mit 3½ cg
de acht Tage ausgesetzt. Die Verordnung
e nach dem Alter des Kindes) Milchzucker 3 cg pr
öft dieses graue Pulver bei Kindern anwenden, weil die
ch, nützlich und gut bekömmlich ist. *Bernhard Schulz.*

n gekauten Brotes auf Wunden, ge-
en werden kann. Möglicherweise
Papageien und Katzen vermögen,
f den Menschen zu übertragen.
gens dem Körper des Kranken
er Mundhöhle, ferner Risse
führung kommt (z. B. beim

r contiguitatem. Hier-
Nase auf die äufsere
mphdrüsen, Lymph-
deren Organen auf
r Haut auf meta-
den. Jadassohn
sehen. Aufser
eleugnet hat,
standen ist.
berkulöse
en.
egeben
kel-
nen
r.

Bücherbesprechungen.

Medizinal-Kalender für das Jahr 1906. Verlag von August Hirschwald-Berlin 1906. Wieder als erster Bote des kommenden Jahres erscheint der Hirschwaldsche Medizinalkalender mit militärischer Pünktlichkeit, innerlich und äufserlich der liebe alte Freund, den wir von ganzem Herzen willkommen heifsen und den wir allen Kollegen auf das wärmste empfehlen. *D. R.*

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mračeк-Wien. 16. Abteilung. (Alfred Hölder, Wien 1905.) Von dem Handbuche der Hautkrankheiten, das der Herausgeber Mračeк so grofs angelegt hat, liegt die 16. Abteilung im Druck vor. Dem Hefte sind einige vorzügliche lithographische histologische Abbildungen aus dem vom Herausgeber selber behandelten Kapitel Syphilis der Haut beigegeben. Neben diesem Abschnitt finden sich in der vorliegenden Abteilung noch folgende Veröffentlichungen: Hautkrebs, Ulcus rodens und Paget'sche Krankheit (Winiwarter-Lüttich), Idiopathisches multiples Pigmentsarkom (Spiegler-Wien) und Tuberkulose der Haut (Jadassohn-Bonn). Als Tuberkulose der Haut sehen wir jene krankhaften Veränderungen des Hautorganes an, die ihre Entstehung der örtlichen Anwesenheit von Tuberkelbazillen verdanken. Der Nachweis der Bazillen ist auch das Hauptkriterium, einen Krankheitsprozefs als tuberkulös zu bezeichnen. Dieser bazilläre Nachweis läfst sich führen durch das Kulturverfahren, durch das Mikroskop und durch den Tierversuch. Der erstere Nachweis tritt gegenüber den beiden anderen in der Praxis zurück. Der mikroskopische Nachweis läfst sich erbringen an Schnitten oder in Exsudaten der krankhaften Prozesse. Nicht immer ist der tuberkulöse Charakter einer Hautaffektion auszuschliefsen, wenn im Sekret oder

mäfsig kurzer Zeit Heilung; das lassen auch die den Krankengeschichten beigegebenen Photogramme, die jeweils vor Beginn und nach Beendigung der Behandlung aufgenommen sind, erkennen.

Wenn S. die eben angeführten Krankheiten als parasitäre bezeichnet, so will er damit sagen, dafs er vom rein klinischen Standpunkt aus, also ohne bakteriologische oder experimentelle Prüfung der Überzeugung ist, dafs es sich bei der Genese dieser Erkrankungen um einen Krankheitserreger organischer, d. h. biologischer Natur handeln mufs. Er begründet diesen Standpunkt namentlich hinsichtlich des Carcinoms in längerer Darlegung, auf die aber hier nicht eingegangen werden kann. Auch bezüglich der Mitteilungen S.s über die Technik des Verfahrens, über die Mittel zur Verstärkung des Stromes mufs auf das Original verwiesen werden.

4. **Die Erzielung von Analgesie auf endermatischem Wege,** von L. Fürst-Berlin. F. empfiehlt zur Behandlung des Gelenkrheumatismus an Stelle der inneren Anwendung der Salicylpräparate, die „wenig befriedigt hat", die äufsere Applikation von Salicylsäure in Form von Benguës Balsam, einer Mischung von gleichen Teilen Methylsalicylat und Menthol mit Lanolin. Von dem Präparat wird alle drei bis vier Stunden eine erbsen- bis haselnufsgrofse Menge mit einem Wattebäuschchen sanft in die Haut über dem erkrankten Gelenk eingerieben, dann wird die betreffende Stelle mit geleimter Watte, Guttaperchapapier und einem mit Nadeln zu schliefsenden Flanellstück bedeckt; zweimal täglich wird mit lauwarmem Wasser abgewaschen. Die Applikation hat eine starke sedative und analgesierende Wirkung, wahrscheinlich „infolge Herabsetzung der spinalen Erregbarkeit und vorübergehender Abstumpfung der Sensibilitätszentren". — Auch bei Muskelrheumatismus, Gesichts-, Occipital- und Interkostalneuralgien, bei pleuritischen Reizerscheinungen, bei Ovarialgie und Coccygodynie und bei schmerzhaftem Ulcus ventriculi hat F. mit dem Balsam auf endermatischem Wege Analgesie erzeugt. *Götz-München.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band III. Heft 10.

Die Reglementierung der Prostitution, von Friedrich Hammer - Stuttgart. Der Verfasser gibt in vorliegender Abhandlung seine Erfahrungen mit der Reglementierung wieder, welche er als langjähriger Polizeiarzt gesammelt hat. Nordamerika und das türkische Reich haben nie eine Reglementierung gehabt. In England und Norwegen ist dieselbe seit 1888 abgeschafft, dasselbe gilt für die freie Schweiz aufser dem Kanton Genf. In Holland ist nur in Rotterdam die Reglementierung vorhanden. Italien, das 1888 unter Crispi ebenfalls die Reglementierung abschaffte, besitzt heute eine unter Nicotera wieder eingeführte gemäfsigte Kontrolle. Die übrigen Staaten Europas erfreuen sich des Bestehens einer Reglementierung, nämlich Inskription, regelmäfsige Untersuchung durch Ärzte und obligatorische Behandlung. Hammer verweist weiter auf die unklaren gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland. Die Paragraphen 361 und 180 des Strafgesetzbuches sind nicht ganz miteinander zu vereinen. Dieser Zustand ist unwürdig. 1883 erklärte zwar das Reichsgericht das Halten von Bordellen für strafbar. Gleichwohl aber bestehen in vielen Städten des Reiches noch heute Bordelle. (Und in anderen Städten besteht ein Wohnsystem der Prostituierten, das der Einrichtung der öffentlichen Häuser gleichkommt. Siehe Dresden. D. Ref.) Polizeitechnisch erleichtert das Bordellwesen die Überwachung der Prostitution, auch in deren Beziehung zur Welt des Verbrechens. Die Konzentrierung ist in dieser Hinsicht ein Vorteil. Die Kasernierung vermindert auch die Belästigung auf der Strafse. Die Bordellstrafse, wie sie in einigen Städten besteht, erleichtert auf der einen Seite

der Jugend den Besuch dieser Stätte der Unzucht, doch könnte ja Unmündigen, Betrunkenen und Geschlechtskranken das Aufsuchen dieser Straſsen verboten werden. Der Verfasser sucht dann den Einwurf der Abolitionisten zu widerlegen, daſs das heutige System den Eindruck erwecke, der Staat anerkenne die Prostitution, was doch gegen die Moral verstoſse, und erwecke gewissermaſsen Vorstellungen einer gewissen sanitären Bürgschaft. (Hammer irrt, wenn er glaubt, daſs dies Vertrauen auf die Gesundheit der kontrollierten Halbwelt nicht allgemein sei. Referent sieht in seiner Sprechstunde täglich Fälle von Erkrankungen bei jungen wie reifen Männern, welche den Verkehr bei der kontrollierten Prostituierten für relativ gefahrlos gehalten haben und es gar nicht begreifen wollen, daſs trotz der ärztlichen Untersuchungen solche Mädchen infizieren können.) In manchen Städten, wie Stuttgart und Augsburg, inskribiert die Behörde nur solche Frauenspersonen, die darum nachsuchen. In den meisten Städten Deutschlands inskribiert man zwangsweise solche Mädchen, die sich der gewerblichen Unzucht irgendwie verdächtig gemacht haben. Gewöhnlich geht der Einschreibung eine Verwarnung voraus. Ein groſser Fortschritt würde es schon sein, wenn das Stellen unter Kontrolle nur durch Gerichtsbeschluſs ermöglicht wäre. Verfasser schildert dann die Typen der Prostituierten und meint, daſs nur wenige sich gegen den polizeilichen Zwang und die Untersuchungen auflehnen. Nur einzelne erregbare Gemüter sind so veranlagt, wie die Gegner der Reglementierung es von der Gesamtheit der Inskribierten annehmen. Das ist nach Hammer auch der Grund, warum alle Bekehrungsversuche edler Seelen bei diesen Weibern so wenig Anklang finden und so geringe Erfolge zeitigen. Die Inskribierten Stuttgarts, alles Freiwillige, stellen nach der Erfahrung des Verfassers ein Element der Ordnung dar, das der Polizei keinerlei Schwierigkeiten bereitet. Eine Zwangsbehandlung im Spital fürchten sie nicht wegen der Berührung mit der Polizei, sondern wegen der zeitweisen Unterbindung ihres Gewerbebetriebes. Sie geraten während solcher Zeiten der Hospitalbehandlung oft in beträchtliche Schulden. Daſs solche Prostituierte zuweilen edler Regungen nicht unfähig sind, beweist die Tatsache, daſs eine vom Verfasser gekannte Dirne ihrem Bruder die Mittel zum Studium verschaffte. (Und der Bruder nahm dieses Geld der Schande an? D. Ref.) In Stuttgart entfällt etwa eine Prostituierte auf 15—20000 Einwohner. Der Zwangsregistrierung redet Hammer nicht das Wort, wohl aber der freiwilligen Registrierung. Diese besteht aber nur in zwei groſsen Städten Deutschlands. Verbesserungsfähig ist die ärztliche Kontrolle von heute zweifellos. Man muſs aber bedenken, daſs für alle Verbesserungsvorschläge gewisse Grenzen bestehen, deren Einhaltung die praktische Erfahrung gebieterisch fordert. Zu verlangen ist sicher die spezialistische Durchbildung der untersuchenden Ärzte und die Anstellung einer genügenden Anzahl solcher Ärzte, damit die Gonokokkenuntersuchung in weitestem Maſse sich durchführen läſst. (Schluſs folgt.)

Band IV. Heft 1.

Der vierte Band der Zeitschrift umfaſst die Verhandlungen des zweiten Kongresses der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, welcher am 17. und 18. März 1905 in München abgehalten wurde. Da die *Monatshefte* schon früher einen ausführlichen Bericht über den Kongreſs gebracht haben, wird sich der Referent auf einige Auszüge beschränken dürfen.

Neisser berichtete über die **Abänderung des § 300 des Reichsstrafgesetzbuches und das ärztliche Anzeigerecht in ihrer Bedeutung für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.** Neisser tritt für ein Offenbarungsrecht im Straf- und Zivilprozeſs, das eine eventuelle Pflicht werden kann, und für ein Anzeigerecht ein, welches es möglich machen soll, gemeingefährliche Venerische zur Behandlung zu zwingen. Die Anzeigepflicht will Neisser aber so verstanden wissen, daſs die Meldung

ohne Namensnennung des Patienten erfolgt. Das wäre natürlich nur eine Handhabe für die Statistik, welche allerdings äufserst notwendig gebraucht wird. Abgesehen von der Diagnose, müfste diese anonyme Anzeige auch den Zeitpunkt der Ansteckung angeben. Die Meldeblätter hätten entweder wöchentlich oder nach Art der Volkszählungen nur alle drei bis fünf Jahre einmal zum Eingeben zu gelangen. Den Kreis derjenigen Personen, welche zur Wahrung des Berufsgeheimnisses verpflichtet sind, will Neisser erweitert sehen. Er schlägt darum vor, in § 300 des Reichsstrafgesetzbuches noch einzufügen: Verwaltungsbeamte von Krankenhäusern, Organe und Beamte der für die Verwaltung der öffentlichen Invaliden-, Unfall- und Krankenversicherung getroffenen Organisationen, Beamte der Armenverwaltung. Ferner ist dem § 300 folgender Zusatz zu geben: Straffreiheit tritt ein, a) wenn die Offenbarung des Privatgeheimnisses zum Zwecke der Verhütung gesundheitlicher Gefährdung anderer an die für Entgegennahme solcher Anzeigen bestellte Sanitätsbehörde geschehen ist und wenn dieser Zweck auf keinem anderen Wege erreicht werden konnte, sowie b) wenn eine der vorbezeichneten Personen als Zeuge oder Sachverständiger vor Gericht die geheimzuhaltende Tatsache offenbart hat, nachdem sie durch Gerichtsbeschlufs von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden worden ist. Zum § 52 der Strafprozefsordnung und § 385 der Zivilprozefsordnung beantragt Neisser folgenden Zusatz:

Zu solcher Entbindung ist auch das Gericht befugt, wenn eine für die Entscheidung erhebliche Feststellung auf anderem Wege als durch das Zeugnis der zur Verschwiegenheit verpflichteten Person nicht getroffen werden kann. Im preufsischen Ausführungsgesetz zum Reichsseuchengesetz sollen in § 8, Absatz 9, und in § 9 statt „Personen, welche gewerbsmäfsig Unzucht treiben" die Worte gesetzt werden: „Personen, welche sich durch ihr Verhalten in hygienischer Hinsicht gemeingefährlich machen".

Über **Ärztliches Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten** berichtete weiter Justizrat Bernstein-München. Er kommt zum Schlusse, dafs die Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses in der geltenden Gesetzgebung richtig geregelt ist und man die Schweigepflicht auf alle mit der Krankenpflege berufsmäfsig sich beschäftigenden Personen und deren Hilfskräfte ausdehnen soll.

Max Flesch-Frankfurt a. M. berichtet ebenfalls über **Ärztliches Berufsgeheimnis und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.**

Im preufsischen Abgeordnetenhause hat man gelegentlich der Beratungen über ein Ausführungsgesetz zum Reichsseuchengesetz das ärztliche Berufsgeheimnis einerseits für den Edelstein in der Krone des Arztes erklärt, andererseits es aber auf das tiefste beklagt, dafs seine Wahrung eine Bestrafung jener Männer hindere, die aus Absicht oder Leichtsinn ihr Geschlechtsleiden auf Frauen übertragen. Zur Zeit der Blüte des Hausarztwesens war das Berufsgeheimnis gewifs mit Recht unverletzlich. Damals beschäftigten sich der Staat oder die Gemeinde noch nicht wie heute mit allen Fragen der persönlichen oder allgemeinen Gesundheitslehre. Der Hausarzt erfuhr wie der Hausgeistliche in der Familie Dinge, welche sonst allen anderen verborgen blieben. Heutzutage liegen die Verhältnisse in mancher Hinsicht anders. Viele Krankheiten sind dem Staate gegenüber anzeigepflichtig. Im Publikum ist jeder solcher Meldezwang unbeliebt und führt viele Leute dem Kurpfuschertum in die Arme, die an und für sich von den Vorzügen des geschulten Arztes überzeugt sind. Ganz besonders gelten die eben angeführten Tatsachen gegenüber den venerischen Erkrankungen. Demgegenüber betont nun Flesch, dafs die Meldung an die mit dem Sanitätswesen betrauten Personen doch die Tatsache der Erkrankung keineswegs der Öffentlichkeit preisgibt. Alle jene Personen sind ja ihrerseits wieder zur Geheimhaltung verpflichtet. Die Kategorie dieser Personen wäre allerdings zu erweitern, ähnlich Neissers Vor-

schlägen. Zu schweigen gezwungen müfsten alle privaten wie öffentlichen Beamten werden, die auf Grund amtlicher Vorgänge Kenntnis von Dingen erhalten, welche dem gesetzlich zur Meldung verpflichteten Arzte auf Grund seines Amtes bekanntgegeben und von ihm auf Grund seiner Berufspflicht weitergegeben worden sind. Eine absolute Schweigepflicht hält Flesch für ein Unglück. Dies zu beweisen, führt er mehrere Fälle an, wo ein Wort des Arztes die Verheiratung Kranker hätte verhindern, wo eine Mitteilung des Arztes an Braut oder Brauteltern junge Mädchen hätte vor Tod und Siechtum bewahren können. Hier wird der Arzt zum Hehler eines Verbrechens. Er mufs es ruhig mit ansehen, wie sein Patient allen ärztlichen Warnungen hohnlächelnd trotzend seine Erkrankungen auf Dritte überträgt. Flesch fordert eine Meldepflicht der Ärzte bei völliger Aufrechterhaltung des Berufsgeheimnisses seitens der amtlich von der Tatsache Kenntnis Erlangenden. Als Gegenleistung für diese Meldepflicht des Arztes und deren Strafbarkeit im Unterlassungsfalle verlangt Flesch die Meldepflicht auch für den Kranke behandelnden Laien, und zwar „unter erhöhter Strafbarkeit im Unterlassungsfalle und unter strafrechtlicher und zivilrechtlicher Haftbarkeit, soweit bisher Verstöfse gegen die sanitätspolizeilichen Bestimmungen und Schädigungen der behandelten Kranken als fahrlässige unter mildernden Gesichtspunkten behandelt worden sind". *Hopf-Dresden.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Juni 1905.

1. **Weitere Beobachtungen über chronische atrophisierende Akrodermatitis**, von Karl Herxheimer-Frankfurt a. M. Die Affektion der Akrodermatitis atrophicans chronica wurde 1902 zum ersten Male vom Verfasser und K. Hartmann beschrieben. Herxheimer gibt eine Reihe von einschlägigen Fällen mit Krankengeschichte, um zu beweisen, dafs es sich bei seiner Krankheit tatsächlich um eine neue Dermatose handle und nicht etwa ein Skleroderma dahinter stecke. Verfasser verfügt jetzt über im ganzen 20 derartige Beobachtungen. Besonders ist zu betonen, dafs die Affektion sowohl als eine kleine Stelle, vielleicht an einem Fingergliede, als auch in der Form einer gröfseren Fläche, z. B. von der Gröfse des ganzen Handrückens, beginnen kann. In manchen Fallen, etwa der Hälfte aller beobachteten, tritt die Krankheit symmetrisch auf. Es folgt die Besprechung zweier Fälle, aus denen hervorgeht, dafs es nicht nur eine oberflächlich infiltrierte, sondern auch eine geschwulstähnliche Form von Akrodermatitis gibt. Ein weiterer Fall dient zum Beweise dafür, dafs die Affektion nicht unbedingt an exponierten Stellen (Akrodermatitis) zu beginnen braucht, sondern auch auf dem Unterschenkel oder Arm beginnen kann.

2. **Trichorrhexis nodosa**, von Heidingsfeld-Cincinnati. Die Krankheit wurde 1855 zum ersten Male von Beigel beschrieben, doch stellte schon Wilks im Jahre 1852 ihre Entität fest. Devergie und Billi beschrieben sie als Trichoptilosis. Erasmus Wilson bestätigte 1867 Beigels Beobachtungen und nannte das Leiden Fragilitas crinium. Erst Kaposi stellte 1876 den nunmehr gebräuchlichen Namen Trichorrhexis nodosa auf. Die Affektion ist teils ein normaler, teils ein pathologischer Prozefs. Bei sehr langem, ungeschnittenem Haar hält Heidingsfeld die Erscheinung für eine normale Erscheinung, welche verhindern soll, dafs ein unbegrenztes Längenwachstum des Haares erfolgt. Der Vorgang kann jedoch auch exzessiv und pathologisch werden, wobei er das Haarwachstum überhaupt beeinträchtigt. Die Knoten sind oft mehrfach vorhanden. Zwischen ihnen befinden sich oft normale Haarstrecken. Ätiologisch hat man trophische Momente, Traumen und Parasiten verantwortlich gemacht. Heidingsfeld neigt dazu, trophische Störungen als Ursache anzunehmen.

3. **Ein Fall von Creeping-Eruption**, von J. B. Shelmire-Dallas. Die Ursache der Erkrankung ist die Larve eines Dipterus-Insektes aus der Familie der Östriden, von denen es etwa 60 Spezies gibt und von denen 24 Arten in Nordamerika vorkommen. Wahrscheinlich ist der Erreger der Creeping disease der Gastrophilus haemorrhoidalis, welcher seine Eier auf die Lippen und in die Nüstern des Pferdes deponiert, von wo aus dann die Larven ihre Wanderung beginnen. Sie bewegen sich am Tage etwa einen Zoll weit vorwärts, und zwar tun sie dies in Bogen und Krümmungen. Ihre Lebensdauer beträgt Monate, in einem Falle betrug sie 2¼ Jahre. Die Gänge sind deutlich als rote Linie gekennzeichnet, deren passives Ende blässer wird. Die Larve selbst ist unter Glasdruck als dunkler Punkt sichtbar zu machen. Die Therapie besteht in Exzision. J. R. Lee beschrieb das Leiden 1874 zum ersten Male. 1884 berichtete derselbe Autor seinen zweiten Fall. Eiterungen scheinen den Gang des Parasiten erfolgreich aufzuhalten. Die Larve selbst ruft die Eiterung hervor. In Amerika beobachtete zuerst van Harlingen 1902 diese Dermatose. Dem Verfasser gelang es, bei einem von dem Leiden befallenen Kollegen — nach Entdeckung des Parasiten unter Linsendruck — das Fortschreiten durch Elektrolyse aufzuhalten.

Hopf-Dresden.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 20.

1. **Beitrag zum Studium der Entwicklung der Prostatahypertrophie**, von B. Motz und Perrearnau. Die Verfasser haben neuerdings an hypertrophischen Vorsteherdrüsen histologische Untersuchungen vorgenommen, deren Ergebnis sie in folgenden Sätzen zusammenfassen:

Die adeno-myomatösen Neubildungen, welche das Wesen der sogenannten Prostatahypertrophie ausmachen, sind bei bejahrten Männern aufserordentlich häufig. Sie entwickeln sich stets auf Kosten der periurethralen Drüsen, die von der eigentlichen Prostata durch einen glatten, intraprostatischen Sphinkter getrennt sind; dieser Sphinkter ist manchmal bei normalen Verhältnissen, stets aber bei Hypertrophie der periurethralen Drüsen sichtbar. Bei mittleren oder starken Hypertrophien ist die eigentliche Prostata nach der Peripherie zurückgedrängt und bildet, mehr oder weniger atrophisch geworden, die Pseudokapsel der hypertrophischen Drüsenpartie. Die sphäroiden Körper verdanken ihre Entstehung einer Neubildung von Drüsen- und Muskelgewebe. Die Drüsen vermehren sich durch Sprossung, die von Proliferation des zwischen den neugebildeten Drüsen befindlichen Stromas begleitet ist. Die sphäroiden Körper, die ausschliefslich aus Muskelgewebe bestehen (Myoma), erscheinen gewöhnlich rings um eine Anhäufung neugebildeter Kapillaren. In der Mehrzahl der Fälle, in denen adeno-myomatöse Neubildungen vorhanden sind, finden sich auch Zeichen von Prostatitis. Die chronische Prostatitis kann, allerdings nur ganz ausnahmsweise, die Ursache einer Harnretention oder unvollständigen Entleerung der Blase werden.

Der Arbeit sind zahlreiche Abbildungen beigegeben.

2. **Bemerkung zur Antwort Cathelins an Max Weinrich - Berlin**, von Eynard-Marseille. Cathelin hat gegenüber Weinrich in der Polemik über die Vorzüge seines neuen Luftcystoskops gesagt, dafs er über intravesikale Operationen mit dem Nitzeschen Cystoskop in der ganzen französischen Literatur überhaupt keine Mitteilung gefunden hat. Demgegenüber weist Eynard darauf hin, dafs er selbst in den *Ann. génito-urin.* 1903 (S. 1225) über intravesikale Operationen mit dem Nitzeschen Cystoskop berichtet hat und dafs einige seiner Beobachtungen von Taillas in einer Thèse über das Blasenpapillom (Montpellier 1902) zitiert worden sind. Ferner steht

nach E.s Überzeugung die Brauchbarkeit des Nitzeschen Instruments für Galvanokauterisation von Ulcerationen der Blasenschleimhaut aufser Frage. Dafs das Verfahren leicht zu Täuschungen Anlafs gibt, kann E. nicht bestätigen; er hat rasch gelernt, sich mit Hilfe des cystoskopischen Bildes von der Lage und Gröfse der Objekte eine richtige Vorstellung zu machen. *Göts-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1905. Band V, Nr. 20.

Die wesentlichsten Schädigungen, welche bei den Injektionen von Oleum cinereum bei der Behandlung der Syphilis vorkommen können, von L. Bizard. Zur Vermeidung von Unfällen gibt Verfasser folgende Ratschläge. Das zu bevorzugende Präparat ist hergestellt nach dem Rezepte: ℞ Hydr. pur. 40, Lanolin anhydr. sterilis. 12, Vaselin alb sterilis. 13, Olei vaselin. medicinal. sterilis. 35. Von dieser 40%igen Mischung erhalten in der Regel die Männer sechs Einspritzungen, von denen jede 0,1 Hg entspricht, die Frauen etwas weniger (0,08) und nur fünfmal in Zwischenräumen etwa von je einer Woche. Vor allen Dingen soll hierbei aber nicht schablonisiert werden. Sehr wichtig ist die Verwendung einer guten Spritze, z. B. die Barthélemysche, und man vergesse nicht, dafs dem Volumen nach von der obigen Mischung 1 ccm nicht 0,4, sondern 0,5 g Hg fafst. Die Nadel sei nie kürzer als 8 cm. Vor Beginn der Behandlung untersuche man genau den ganzen Körper und achte namentlich auf den Zustand der Zähne und der Nieren. Von besonderer Wichtigkeit ist es, stets ein tadelloses Präparat zu verwenden und vor der Einspritzung für gehörige Vermischung der sich leicht trennenden Bestandteile zu sorgen. Geradezu gefährlich sind die gewöhnlichen Pravazschen Spritzen des Handels mit ihrer höchst ungenauen Einteilung. Bei gehöriger Vorsicht hat man nach B.s Erfahrungen kaum jemals über Komplikationen wie Abscesse, Indurationen, erhebliche Schmerzen nach den Injektionen, Diarrhoen oder Stomatitis zu klagen. (Fortsetzung folgt.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 10.

1. **Praktische und klinische Betrachtungen über die perineale Prostatektomie,** von A. Yvert-Dijon. In einem ärztlichen Verein gehaltenen Vortrag, in dem Y. seinen persönlichen Anschauungen über mehrere, zumeist die Technik betreffende Details der perinealen Prostatektomie Ausdruck gibt. Alle von verschiedenen Autoren angegebenen und empfohlenen Spezialinstrumente, wie der Operationstisch Prousts für starke Beckenhochlagerung, die Desenclaveure usw., hält Y. für durchaus überflüssig und entbehrlich. Die Inzision darf nur $1^1/_2$, höchstens 2 cm über den Anus hinaus nach vorne geführt werden, weil dann keine Gefahr besteht, den Bulbus zu verletzen; die Schnittführung soll genau dem alten prärektalen Steinschnitt Nélatons entsprechen, dabei wird auch die Gefahr einer Verletzung der Rektalwand vermieden. Die Capsula propria der Prostata soll, wenn möglich, bevor zur Exstirpation geschritten wird, losgelöst werden, um das die Kapsel umgebende venöse Geflecht zu schonen und damit das Auftreten von Blutungen hintanzuhalten; dadurch wird auch zugleich die Gefahr einer Infektion bedeutend verringert. Um die Kapsel loslösen zu können, mufs man sie in der Mittellinie spalten; das gelingt am besten, wenn man die Urethra von vornherein inzidiert. Die Inzision des Prostatateils der Harnröhre erleichtert aufserdem die Isolierung der Harnröhre, und es gelingt dann viel leichter, sie vor

kleinen Verletzungen zu behüten, die viel gefährlicher sind als eine regelrecht ausgeführte Inzision. Ferner gestattet die Spaltung der Harnröhre die Einführung eines Fingers, der die Prostata von innen nach aufsen vordrängt und ihre Ausschälung erleichtert. Die Inzision ist endlich auch nötig, um bei klappenförmiger Dilatation des innersten Harnröhrenteiles eine Resektion vornehmen zu können. Die urethrale Wunde wird nach Entfernung der Prostata am besten soweit wieder vernäht, dafs ein Spalt bleibt, der die bequeme Einführung eines Drains von der Stärke eines Katheters Nr. 25 gestattet. Zur Naht verwende man sehr feine und ganz stark gebogene Nadeln, die ohne Schwierigkeit in die Tiefe des rekto-urethralen Dreiecks eindringen. Nach Beendigung der Operation wird vom Perineum ein Drainrohr eingeführt, das nach fünf bis sechs Tagen entfernt und durch einen Verweilkatheter ersetzt wird; dieser bleibt etwa zehn Tage liegen. Die Frage, ob die Prostatalappen in toto entfernt oder erst zerstückelt werden sollen, läfst sich nur von Fall zu Fall entscheiden; vorzuziehen ist stets die Ausschälung der ganzen Lappen, sie ist aber sehr oft unmöglich. Für besonders schwierig oder gefährlich hält Y. die Operation im Gegensatz zu anderen nicht; er berechnet die Mortalität nach den bisherigen Erfahrungen auf 7,13 %, glaubt aber, dafs sie künftighin noch geringer sein wird. Die Indikationen zur perinealen Prostatektomie, die Y. aufzählt, sowie die Kontraindikationen sind die gleichen, wie sie von anderen Autoren aufgestellt werden.

2. **Über den Katheterismus bei Kranken mit Harnröhrenverengerungen**, von J. Oraison-Bordeaux. Schilderung der Technik des Katheterismus, wie sie bei Kranken mit Strikturen in Betracht kommt. Neues enthält der Aufsatz nicht.

Götz-München.

La Syphilis.

Band III, Heft 10. Oktober 1905.

I. **Über Syphilis der Trachea**, von Milian. Schon 1841 waren syphilitische Erscheinungen der Trachea beobachtet, denen sich im Laufe der Zeit weitere Beschreibungen anschlossen, während Virchow spezifische syphilitische Erscheinungen der Respirationswege unterhalb der Larynx für fast problematisch erklärte, erst 1869 gab er diesen Standpunkt auf und erkannte die Syphilis der Luftröhre und der Bronchien an. Eine eingehende Sammlung der Beobachtungen über Syphilis der Luftröhre brachte erst 1874 Rey, doch erschienen auch später noch öfters Arbeiten über dieses Thema, zuletzt noch von Marfan. Was die Ätiologie betrifft, so kann die Syphilis in allen Perioden die Trachea befallen, doch ist es meistens die Tertiärzeit zwischen dem ersten und zehnten Jahre der Infektion, das Maximum fällt ins dritte Jahr. Meistens wissen die Kranken nichts von ihrer Syphilis und sind nicht genügend behandelt worden. Es handelt sich dabei stets um schwere Fälle mit Kombinationen in den inneren Organen und gleichzeitigem Befallensein von Gaumen, Pharynx, Nasenknochen, Larynx. Auch ruft die hereditäre Lues zuweilen Erscheinungen der Trachea hervor, bei gleichzeitigem Bestehen von Plaques muqueuses, Papeln, Hautgummen und Gummata der Nasenknochen. Was die pathologische Anatomie betrifft, so wurde ein Schanker der Trachea noch nie beobachtet, auch die sekundäre Lues derselben ist selten; man sah Roseola der Trachea mit leichtem Exsudat, katarrhalische Zustände, Plaques muqueuses. Bei der tertiären Syphilis der Luftwege kann man vier Formen unterscheiden: 1. das umschriebene Syphilom oder Gumma; 2. das diffuse Syphilom; 3. syphilitische Ulcera; 4. tracheale Drüsenerkrankung. Die erste Form ist selten und am eingehendsten von Hautzel geschildert an drei Fällen; die Gummen sitzen in der Gegend des Larynx, ohne die Sprache zu beeinflussen.

Das Gumma kann sich in der Trachea als harter, abgerundeter Tumor zeigen oder auch schon als erweicht und in Rückbildung unter der Allgemeinbehandlung. In der Ulcerationsperiode gleicht das Gumma einem ulcerierten Hautgumma, rund, tief mit hohem Rande. Auch das diffuse Syphilom ist recht selten, häufiger sind die Ulcera luetica der Trachea, welche die gewöhnliche Art der Trachealsyphilis vorstellen. Sie sitzen stets in der Gegend unter der Cricoidea in der Nachbarschaft des Anfanges der Bronchien, während man sie nie im mittleren Teile findet, sondern in drei Vierteln aller Fälle im unteren Drittel. Gleichzeitig ist oft der Larynx mitbeteiligt. Die Ulcerationen sind meist an mehreren Stellen vorhanden, tief und von regelmäßiger Form, von starker, roter Farbe, faltig, mit Wucherungen versehen. Meist bestehen daneben Läsionen von gummöser Infiltration. Diese Ulcerationen führen zur Nekrose der Knorpel und zur Verengerung der Trachea. Die Drüsenschwellung der Trachealdrüsen syphilitischer Natur kommen ebenfalls vor, besonders die Schwellungen der Trachealganglien sind häufiger als die der Bronchialganglien. Es handelt sich dabei um eine gummöse Infiltration; das Ganglion kann dabei sehr groß werden und auf die Trachea drücken und zu Ödem und Stenosen führen. In bezug auf die Symptomatologie unterscheiden sich natürlich auch obige vier Formen der Trachealsyphilis. Bei dem umschriebenen Syphilom sind die Erscheinungen natürlich geringer, wenn das Gumma noch nicht ulceriert ist. Man bemerkt dann einen Tumor unterhalb der Glottis, das Lumen der Trachea ist verengt, es besteht stets Dyspnoe, Atembehinderung, Rasselgeräusch. Unter Behandlung mit Jodkalium bessern sich die Erscheinungen zuweilen, während Jodkalium bei den ulcerierten Läsionen nichts nützt. Beim diffusen Syphilom sind die Läsionen hartnäckiger und trotzen noch mehr der Behandlung. Bei den Ulcerationen der Trachea kommt es, wie gesagt, leicht zu Nekrosen und Stenosen, es zeigen sich Sequesterbildung der Knorpel, Glottiskrämpfe, Erstickungserscheinungen. Anfangs besteht Hustenreiz, Neigung zum Verschlucken. Die Stimme kann behindert sein, es bestehen oft Schmerzen in der Trachea sowie das Gefühl, als ob ein Fremdkörper in der Luftröhre stecke, und zwar in der Gegend des Brustbeins, und die Atemnot ist konstant im Steigen, die Inspiration geht langsam und schwer, die Exspiration ist kurz, leicht. Eine Palpation der Trachea zeigt ein Tieferstehen des Larynx und eine Unbeweglichkeit desselben beim Schlucken. Das vesikulare Geräusch der Lunge ist abgeschwächt. Laryngoskopisch sieht man zuweilen Läsionen in der Nähe des Larynx. Die Beteiligung der Drüsen zu konstatieren, ist nicht schwer. An Komplikationen gibt es Erstickungsanfälle, die zum Tode führen können, fortschreitende Asphyxie, akutes Lungenödem, Bronchopneumonie, Gangrän, Perforation der Respirationswege, Abscesse, Öffnung der Aorta, der Vena cava, der Arteria pulmonalis, innere Blutungen. Die Prognose der Syphilis tracheae ist sehr verschieden; wird dieselbe früh erkannt, so ist die Heilung nicht schwer, doch erfolgt die Rückbildung aller Formen stets langsam. Die Diagnose ist nicht immer leicht, man achte auf die Art der Dyspnoe, auf das Gefühl des Fremdkörpers, die Dysphagie, die Auskultationsgeräusche. Differentialdiagnostisch kommen in Frage Aortenaneurysma, Tumoren des Mediastinum, Fremdkörper, Tuberkulose, Krebs. Wichtig sind auch zur Erleichterung der Diagnose andere Symptome einer vorhandenen Syphilis. Die Therapie der Trachealsyphilis soll erstens die Gefahren der Erstickung verhüten und zweitens die luetischen Läsionen heilen. Gegen erstere empfehlen sich Chloroforminhalationen bei Glottiskrampf, Morphiuminjektionen, chirurgische Eingriffe, Tracheotomie, wobei man oft sehr lange Kanülen braucht. Die Heilung der Läsionen erfolgt nur langsam bei spezifischer Behandlung, Jodkalium ist meist nutzlos, oft sogar gefährlich, das einzige nützliche ist Quecksilber in Injektionen als Hydrargyr. benzoatum, bijodatum usw. Diese wirken

prompt und schnell und müssen lange angewendet werden. Die unlöslichen Salze (Kalomel, graues Öl) eignen sich weniger.

II. **Allgemeine Paralyse und Syphilis**, von Alfred Fournier. (Fortsetzung der Diskussion.) Raymond geht noch einmal auf verschiedene Fragen ein, welche sich im Laufe der Debatte gezeigt haben. Er betont, dafs sehr oft in demselben Gehirn Läsionen spezifisch syphilitischer Art gleichzeitig neben den weniger charakteristischen der allgemeinen progressiven Paralyse gefunden werden. Er betont ferner die Koexistenz der charakteristischen Symptome der Geisteskrankheit bei dem latenten Paralytiker und der ebenso ausgesprochenen Symptome der floriden Syphilis. Ebenso hat man bei Sektionen gleichzeitig charakteristische syphilitische Symptome und davon verschiedene ebenso sichere der Tabes gefunden. Und wenn bei latenten Tabetikern die rein luetischen Läsionen unter dem Einfluss der merkuriellen Therapie schwanden, so blieben trotz der Behandlung doch die Erscheinungen der Tabes, die Ataxie, bestehen. Die Fälle von Tabes bei jungen Leuten sind ebenso interessant wie die der Allgemeinparalyse junger Leute und lehren dasselbe. Auch hierbei findet man als Basis die hereditäre oder erworbene Syphilis ebenso wie man dieselbe als Ursprungsquelle der Meningoencephalitis diffusa des Kindes antrifft. R. glaubt, dafs Heredität und Syphilis ätiologisch die Hauptursachen sowohl für Paralyse wie für Tabes sind. Jedenfalls hat die durch Fournier veranlafste Diskussion evident gezeigt, dafs die Syphilis den vorwiegenden Einfluss, ob direkt oder indirekt, mag dahingestellt bleiben, auf die Entstehung der Allgemeinparalyse hat.

III. **Über Syphilis tertiaria aquisita aut hereditaria der inneren weiblichen Geschlechtsorgane**, von T. Barthélemy. (Fortsetzung und Schluss.) Die Hämorrhagien des Uterus bei Syphilitischen können therapeutisch sehr günstig beeinflusst werden, wie eine Reihe aufgeführter Fälle zeigen, wenn auch chirurgische Eingriffe versagen. Der vierte Abschnitt behandelt die Syphilis der Ovarien und der Tuben; der fünfte die tertiäre Syphilis des kleinen Beckens, des Peritoneums, der Knochen usw., der sechste die Syphilis der Placenta, der siebente die Placentitis syphilitica. Es folgen die Läsionen des Nabelstranges und die Missbildungen des Genitalapparates in ihren Beziehungen zur Syphilis. Für alle diese Arten werden Fälle besprochen, doch würde es zu weit führen, auf alle Einzelheiten dieser bedeutenden Arbeit B.s einzugehen, die man nur im Original nachlesen kann, um sie ganz zu würdigen. Die Studien sind nicht nur an sich interessant, sondern sie vervollständigen die Aufzeichnungen, welche bisher über die tertiäre Lues der weiblichen Geschlechtsorgane gemacht sind, bedeutend und ziehen auch die Frage der konzeptionellen Syphilis in die Betrachtungen mit hinein.

VI. **Über die Behandlung der syphilitischen Coryza bei Neugeborenen**, von Laurens. Die Hauptaufgabe besteht darin, die Nase wieder durchgängig zu machen, da die Atmung durch die Krusten sehr behindert ist; man muss natürlich die Sekrete der Nase entfernen. Für die Nasenspülungen empfehlen sich keine gewöhnlichen Spritzen, ebenso keine antiseptischen Lösungen, wie Sublimat, wegen der Gefahr einer Intoxikation. Jede Injektion in die Nase bei Neugeborenen ist gefährlich, weil man leicht die Tuba Eustachii infizieren kann und ebenso die Flüssigkeit in die Luftröhre bringen kann, wodurch Glottiskrampf und ähnliche gefährliche Komplikationen eintreten könnten. Auch Cocain muss man vermeiden. Es empfiehlt sich, drei- bis viermal am Tage mit einem Tropfenzähler vier bis fünf Tropfen von Wasserstoffsuperoxydlösung zu instillieren. Dadurch entfernt man leicht die Krusten und macht das Naseninnere antiseptisch, abwechselnd träufele man daneben Öl oder sterilisierte Vaseline ein. Instrumente in die Nase einzuführen, empfiehlt sich nicht. Um die Ernährung zu erleichtern, empfiehlt es sich, in jedes Nasenloch vor den Mahlzeiten

drei bis vier Tropfen einer Lösung von Chlorhydrat-Adrenalin einzuführen, welche eine Zusammenziehung der Schleimhaut bewirkt und so für einige Zeit die Atmung erleichtert. Im Notfalle muſs das Kind durch die Magensonde ernährt werden.

V. **Über die gute Wirkung des grauen Pulvers (Merkur mit Kreide) bei der hereditären Syphilis**, von VARIOT. Nach Besprechung sämtlicher Methoden zur Einverleibung von Quecksilber in den Organismus (Inunktionen, Injektionen, Merkuriolsack, interne Darreichung) und besondere Berücksichtigung der Schwierigkeiten und Gefahren bei kleinen Kindern, schildert Verfasser seine Erfahrungen mit dem schon lange bekannten, aber jetzt wenig benutzten grauen Pulver, welches nach seiner Ansicht den Vorzug in der Kinderpraxis verdient. Das Pulver enthält 33 % Merkur und 67 % Kreide. Seine Herstellung muſs sehr peinlich ausgeführt werden und beansprucht viel Zeit. Die Resultate, welche V. mit diesem, mit pulverisiertem Milchzucker vermischten Pulver erzielte, waren sehr zufriedenstellend, die syphilitischen Symptome schwanden schnell, wie aus den Krankenberichten ersichtlich ist, das Gewicht und der Allgemeinzustand des Kindes hob sich, gastrische Störungen bei dieser internen Darreichung wurden nie beobachtet. Die Engländer geben 3 bis 6 cg täglich, Verfasser gab nur $1^1/_2$ cg Pulver mit $3^1/_2$ cg Milchzucker täglich 14 Tage lang, dann wurde acht Tage ausgesetzt. Die Verordnung lautet: Mercur cum creta 2 bis 3 cg (je nach dem Alter des Kindes) Milchzucker 3 cg pro Pulver. V. will in Zukunft oft dieses graue Pulver bei Kindern anwenden, weil die Anwendungsweise einfach, nützlich und gut bekömmlich ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bücherbesprechungen.

Medizinal-Kalender für das Jahr 1906. Verlag von AUGUST HIRSCHWALD-Berlin 1906. Wieder als erster Bote des kommenden Jahres erscheint der HIRSCHWALDsche Medizinalkalender mit militärischer Pünktlichkeit, innerlich und äuſserlich der liebe alte Freund, den wir von ganzem Herzen willkommen heiſsen und den wir allen Kollegen auf das wärmste empfehlen. *D. R.*

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von FRANZ MRAČEK-Wien. 16. Abteilung. (Alfred Hölder, Wien 1905.) Von dem Handbuche der Hautkrankheiten, das der Herausgeber MRAČEK so groſs angelegt hat, liegt die 16. Abteilung im Druck vor. Dem Hefte sind einige vorzügliche lithographische histologische Abbildungen aus dem vom Herausgeber selber behandelten Kapitel Syphilis der Haut beigegeben. Neben diesem Abschnitt finden sich in der vorliegenden Abteilung noch folgende Veröffentlichungen: Hautkrebs, Ulcus rodens und PAGETsche Krankheit (WINIWARTER-Lüttich), Idiopathisches multiples Pigmentsarkom (SPIEGLER-Wien) und Tuberkulose der Haut (JADASSOHN-Bonn). Als Tuberkulose der Haut sehen wir jene krankhaften Veränderungen des Hautorganes an, die ihre Entstehung der örtlichen Anwesenheit von Tuberkelbazillen verdanken. Der Nachweis der Bazillen ist auch das Hauptkriterium, einen Krankheitsprozeſs als tuberkulös zu bezeichnen. Dieser bazilläre Nachweis läſst sich führen durch das Kulturverfahren, durch das Mikroskop und durch den Tierversuch. Der erstere Nachweis tritt gegenüber den beiden anderen in der Praxis zurück. Der mikroskopische Nachweis läſst sich erbringen an Schnitten oder in Exsudaten der krankhaften Prozesse. Nicht immer ist der tuberkulöse Charakter einer Hautaffektion auszuschlieſsen, wenn im Sekret oder

Schnitten der Bazillennachweis nicht gelingt. Auch ist das Vorhandensein einzelner Tuberkelbazillen in den oberflächlichsten Lagen eines Prozesses nur von relativem Werte. Positive Befunde in Schnitten sind viel wertvoller; die Gründe sind ersichtlich. Differentialdiagnostisch sind jene Keime, jene säurefesten Bazillen in Betracht zu ziehen, welche mit den Tuberkelbazillen leicht identifiziert werden können. Es sind dies die Smegmabazillen und andere, welche in Lunge, auf den Mandeln und in Nase und Ohr (Karlinski), bei Ozaena (Alexander), bei Otitis media (de Simoni), in vereiterten Atheromen (Lubarsch), in Kantharidenblasen (Möller) und auch sonst an der Oberfläche der Körperhaut vorgefunden worden sind (Laabs, Bunge und Trautenroth). Gerade für die Hauttuberkulose ist als Nachweis das Tierexperiment besonders wertvoll. Wir können dann auch bei negativen Befunden im Mikroskop oft durch die Erkrankung des geimpften Tieres den überimpften Prozeſs als tuberkulös erkennen. Als Versuchstier kommt hauptsächlich das Meerschweinchen in Betracht, bei dem die Impfung intraperitoneal, subcutan oder nach Leloir dadurch geschieht, daſs die einzuimpfende Gewebspartie an ein Stück des durch eine kleine Öffnung hervorgeholten Netzes angenäht wird (Méthode dermo-epiploique). Die Nachteile des Tierversuchs liegen in der langen Dauer, welche bis zur Sicherung der Diagnose verfließt. Positive Ergebnisse solcher Impfungen haben eine bedeutende Beweiskraft für den tuberkulösen Charakter eines untersuchten Krankheitsherdes. Negative Resultate jedoch schließen es nicht unter allen Umständen aus, daſs trotzdem die Natur der ursprünglichen Affektion tuberkulös ist. Es können im Impfstück die Keime schon abgestorben gewesen sein, es kann das Impfstück relativ zu klein gewesen sein, als daſs es unbedingt hätte Tuberkelkeime enthalten müssen u. a. m. Als klinische Hilfsmittel zur Sicherung der Diagnose kommen noch in Frage: die Tuberkulinreaktion, der histologische Bau und die Kombination mit anderen sicher tuberkulösen Affektionen. Es seien aus Jadassohns umfänglichen Ausführungen noch die Äußerungen kurz wiedergegeben, die auf die Frage Antwort geben: Wie kommt die tuberkulöse Infektion der Haut zustande? Wenn die Tuberkelbazillen von außen in die Haut gelangen, so werden sie ruhig absterben, wenn der Körper selbst widerstandsfähig genug ist oder wenn die Keime bei oberflächlichem Sitz mit den Krusten selbst wieder abgestoßen werden. Auch können die Bazillen, ohne Hautprozesse zu erzeugen, in Blut- oder Lymphbahnen gelangen. Im positiven Falle erregen sie nun aber eine örtliche Tuberkulose der Haut. Möglicherweise dringen Tuberkelkeime auch durch unverletzte Haut auf dem Wege der Talg-, Schweiß- oder Milchdrüsen und vielleicht auch durch die Schleimhaut (etwa die Mandeln) in den Organismus ein. Im allgemeinen bilden kleine Risse und Schrunden der Haut weniger stärker blutende Wunden die Eingangspforte der Bazillen. Entweder werden solche kleine Verletzungen bei der traumatischen Einwirkung selbst infiziert (beim Sezieren, Schlachten tuberkulöser Tiere, Zerbrechen von Speiglässern Tuberkulöser, bei Bissen seitens Tuberkulöser u. a.) oder erst späterhin mit Keimen der Krankheit belastet (Schlägerschmisse — Wolters, Nähnadelstiche — v. Hoffmann, Brandwunden — Bagge, Grain). Auch allerlei Dermatosen bilden Eingangspforten für tuberkulösen Stoff. Bei der Inokulationstuberkulose unterscheidet Jadassohn außerdem eine exogene und eine Autointoxikationsmethode. Die Möglichkeit einer Übertragung tuberkulöser Affektionen durch den Beischlaf ist ebenfalls nicht von der Hand zu weisen. Indirekte Übertragungen vermitteln zweifellos häufig die Finger. In den Wohnungen Schwindsüchtiger sind Bazillen auf Wänden und Fußböden nachgewiesen worden. Herumkriechende Kinder können sich also an nackten Knien, Füßen und anderen unbedeckten Körperstellen ganz gut mit Tuberkelbazillen infizieren. Auch Gebrauchsgegenstände, Eßgeschirre, Trinkgefäße, Speigläser, Zigarrenstummel, Zigarrenspitzen, Bücher und Akten vermögen Bazillenübertragungen zu vermitteln. Auch gibt

es merkwürdige „Kurmethoden", wie das Auflegen gekauten Brotes auf Wunden, gelegentlich deren Anwendung Tuberkulose übertragen werden kann. Möglicherweise überträgt sich letztere auch durch Fliegen, Wanzen. Papageien und Katzen vermögen, wenn sie tuberkulös sind, ebenfalls ihre Krankheit auf den Menschen zu übertragen. Bei der Autoinokulation entstammt das krankmachende Agens dem Körper des Kranken selbst. Das tuberkulöse Sputum vermag alle Läsionen der Mundhöhle, ferner Risse an Händen und anderen Körperstellen, mit denen es in Berührung kommt (z. B. beim Kratzen), zu infizieren.

Des weiteren wendet sich JADASSOHN zur Übertragung per contiguitatem. Hierher gehört das Durchbrechen von Prozessen von der inneren Nase auf die äufsere Nase sowie das Übergehen von tuberkulösen Prozessen von Lymphdrüsen, Lymphgefäfsen, Knochen, Gelenken, Sehnenscheiden, Nebenhoden und anderen Organen auf die darüberliegende Haut. Des weiteren kann die Tuberkulose der Haut auf metastatischem Wege, sowohl hämatogen wie lymphogen weitergeschleppt werden. JADASSOHN hat Lichen scrophulosorum auf lymphogenem Wege sich entwickeln gesehen. Aufser Zweifel steht auch jetzt, nachdem man diese Möglichkeit wiederholt abgeleugnet hat, die Tatsache, dafs Hauttuberkulose durch im Blute kreisende Keime entstanden ist. Gibt es doch auch bei Miliartuberkulose bazillenhaltige Exantheme und tuberkulöse Erkrankungen von Blutgefäfsen. *Hopf-Dresden.*

Handbuch der Physiologie des Menschen in vier Bänden, herausgegeben von W. NAGEL-Berlin. 4. Band, Physiologie des Nerven- und Muskelsystems, 1. Häfte. (Friedrich Vieweg & Sohn, Braunschweig 1905.) Die einzelnen Teile des grofsen Werkes erscheinen mit anerkennenswerter Raschheit nacheinander. Der jetzt vorliegende Halbband enthält die Physiologie des Gehirns von A. TSCHERMAK, die Physiologie des Rücken- und Kopfmarks von O. LANGENDORFF und das sympathische Nervensystem von P. SCHULZ.

Göts-München.

Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft. Biologische Studie von BENJAMIN TARNOWSKY-St. Petersburg. Imprimerie Daix frères-Clermont (Oise). 1904. Die zunächst in der Zeitschrift *„La Syphilis"* veröffentlichte Arbeit liegt nunmehr auch in Buchform vor. Sie ist das Ergebnis jahrzehntelanger Beobachtungen aus des Verfassers eigener Praxis und basiert auf der Zusammenstellung von 80 genau verfolgten Familiengeschichten. Der Inhalt des Werkes ist in diesen Heften bereits ausführlich mitgeteilt worden. *A. Loewald-Kolmar.*

Prostitution und Prostituierte, von WILLY HELLPACH-Karlsruhe. (*Moderne Zeitfragen.* Nr. 5. Pan-Verlag, Berlin SW. 61.) Die Prostitution, so führt Verfasser aus, ist eine Erscheinungsform des Mittelalters der Völker, zusammenfallend mit der Zeit der Städtebildung, sie ist an die Stadt gebunden. In der Frage, welche Momente es sind, die der Prostitution fortdauernd neues Material zuführen, stehen sich zwei Ansichten schroff gegenüber, die anthropologische und die ökonomische. Die eine will die Prostituierte aus ihrer menschlichen Beschaffenheit (LOMBROSO, TARNOWSKY), die andere sie aus ihrer wirtschaftlichen Lage erklären. Beide Ansichten sind richtig, aber keine ist ganz und allein im Recht; beide erklären nur je einen kleinen Anteil der Prostitution. Im wesentlichen ist die Prostitution nicht anthropologische und nicht ökonomische, sondern sozialpsychologische und vielleicht sozialpathologische Erscheinung. Sozialpathologisch ist sie, soweit sie sich aus der angeborenen oder beim Eintritt der Geschlechtsreife vorhandenen seelischen Abnormität vieler Mädchen erklärt, die durch soziale Einflüsse die entscheidende Wendung empfängt. Das Gros der Prostitution aber rekrutiert sich, wie die Statistiken beweisen, aus den untersten Volksschichten. Hier ist die Ursache der Prostituierung ein Mangel an sittlicher Erziehung,

verbunden oft mit einer frühzeitigen und beständigen Einwirkung unsittlicher Erlebnisse. Ladnerinnen, Arbeiterinnen, Dienstmädchen: diese drei Hauptberufstypen in der Prostitution entsprechen den drei Ständen, aus denen sich die unteren Volksschichten zusammensetzen: Kleinbürgertum, Proletariat und Kleinbauerntum. Bei der Arbeiterin wird schon in der Kindheit das sexuelle Fühlen abgestumpft, am allermeisten durch die entsetzlichen Wohnungszustände unserer Grofsstädte; das Dienstmädchen, die „Unschuld vom Lande" führt sein ländlich reiner Leichtsinn zum ersten Straucheln, die kleinbürgerlichen Elemente dagegen das Gelüste nach der verbotenen Frucht. Lediglich ökonomische Zustände sind nur zu einem kleinen Teil Ursache der Prostitution, die Mehrzahl der Mädchen fallen einem sittlichen Verhängnis zum Opfer. — Von einem Punkte aus die ganze Prostitution zu beseitigen oder zu sanieren, ist ein Ding der Unmöglichkeit. Weder Kasernierung noch Reglementierung, noch Abolition kann das Schlagwort der Prostitutionspolitik sein. Das sind wohl einzelne Mittel zum Zweck, und jedes hat — an der rechten Stelle und im rechten Augenblick angewandt — seine Berechtigung. Eine Prostitutionspolitik im grofsen hat ganz andere Aufgaben zu erfüllen. Vor allem mufs die Erziehung der Mädchen niederen Standes von Grund aus umgestaltet werden. Die Mädchen des Proletariats müssen der Arbeit entrissen und dem Hause wiedergegeben werden; Verbürgerlichung der arbeitenden Massen mufs das Programm sein. Die ländlich-kleinbürgerlichen Elemente müssen zum Teil erst in die Arbeiterschaft eingereiht werden, um von dort aus den Aufstieg zu einer neuen, haltbaren, bürgerlichen Existenz zu beginnen. Als gröfste innerpolitische Aufgabe der nächsten Zukunft mufs ergänzend an die Seite treten, die Hinausführung des in die Städte zusammengepferchten Überflusses aufs Land, die agrarische Kolonisation. — Dies der Hauptinhalt der kleinen, interessant geschriebenen Broschüre. Die zuletzt angedeuteten Vorschläge bedeuten gewifs eine Politik grofsen Stiles, die Möglichkeit ihrer Durchführung aber ist zum mindesten zu bezweifeln und ihre praktischen Erfolge — wird die heutige Generation nicht mehr erleben!

A. Loewald-Kolmar.

Die Perversen, von Iwan Bloch-Berlin. (*Moderne Zeitfragen*. Nr. 6. Pan-Verlag, Berlin.) Der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Sexualpsychopathologie wohlbekannte Verfasser gibt in dem vorliegenden Aufsatze eine kurze Darstellung seiner Ansichten über die Perversen. Perverse hat es allerorten und zu allen Zeiten gegeben. Als allgemeinste Ursachen der Perversitäten sind das Variationsbedürfnis, die leichte Bestimmbarkeit des Geschlechtstriebes durch äufsere Einflüsse und das Gesetz der „sexuellen Äquivalente" anzusehen, mit welchem Ausdruck Verfasser die Umsetzung des physischen Geschlechtsdranges in anderweitige psychische Erscheinungen vermittels der Phantasie bezeichnet. Die Perversitäten erklären sich teilweise aus einer graduellen Steigerung von bis zu einer gewissen Grenze entschieden physiologischen Erscheinungen. So sieht Verfasser in dem von Natur verschiedenen Verhalten von Mann und Weib in rein geschlechtlicher Beziehung die grundlegende Erklärung für den Masochismus und Sadismus. Sadistisch-masochistische Erscheinungen als Kombination gehören zu den am meisten verbreiteten geschlechtlichen Verirrungen und finden sich in ihren leichtesten Formen fast bei jedem Menschen. Homosexualität als angeborenen Zustand erkennt Verfasser nicht an; meist wird sie erst nach der Geburt, in der Pubertät oder noch viel später erworben. Zu ihrer Erklärung läfst sich vielleicht die merkwürdige Tatsache der Bisexualität (psychische Hermaphrodisie) heranziehen, die vorübergehend in jedem Menschen auftreten kann. — Kultur und Zivilisation sind nicht ohne Einfluſs auf die äufsere und namentlich die innere Form der Perversitäten geblieben. Die rein ideellen, symbolischen Formen sind in unserer Zeit viel häufiger als die rein physischen Betätigungen einer abnormen geschlecht-

lichen Sinnlichkeit. Besonders steht das Phantasieleben der Dichter, Künstler und des religiösen Menschen in engen Beziehungen zu gewissen Abirrungen der Sexualität. Eine sehr wesentliche Ursache perverser Befriedigungen sind unsere sozialen Verhältnisse (sexueller Präventivverkehr, Wohnungselend, Frauenbewegung), vor allem die Prostitution. — Die Homosexualität betrachtet Verfasser als etwas Rückständiges, als einen Atavismus. Er ist wohl für Aufhebung des § 175 des Reichsstrafgesetzbuches, weil dieser das Erpressertum begünstigt, aber nicht für schrankenlose Zulassung homosexueller Triebe, sondern er verlangt andere Schutzmafsregeln gegen die Ausbreitung der männlichen Prostitution und gegen die künstliche Züchtung der Homosexualität.

A. Loewald-Kolmar.

Mitteilungen aus der Literatur.

Traumatische Entzündungen.

Über die Therapie schwerer Verbrennungen, von Stephan Weidenfeld-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 24 u. 25.) Es kommt bei hochgradigen Verbrennungen, durch welche der Exitus herbeigeführt wird, nicht allein auf die Flächenausdehnung, sondern auch auf die Masse der verbrannten Haut an, ein Schlufs, der mit Sicherheit für die Todesursache auf die verbrannte Haut selbst hinweist. W. hat, um dieses näher zu erklären, durch Experimente an Tieren den Nachweis erbracht, dafs in der verbrannten Haut Gifte entstehen, indem er gekochte Haut in die Bauchhöhle einführte und die letzteren schlofs. Während normale Haut, wenn auch in noch so grofser Menge eingeführt, das Befinden der Tiere in keiner Weise alterierte, sterben die Tiere früher oder später, je nach der Menge der ihnen eingeführten „gekochten Haut". War diese Menge unter einer gewissen Grenze, so blieben die Tiere am Leben. Extrahierte W. jedoch eine Menge der abgebrühten Haut, die genügt hätte, das Tier zu töten, längere Zeit mit Wasser und nähte dann die Haut in die Bauchhöhle, so blieben die Tiere am Leben. In gleicher Weise wie nach intraperitonealem Einnähen starben die Tiere nach subcutaner Einverleibung der Haut; nähte W. aber die gesamte Hautmenge in eine Hauttasche ein, so starben die Tiere nicht, wenn auch die verwendete Hautmenge die letalen Grenzwerte überstieg. Der Tod trat jedoch mit Sicherheit ein, wenn dieselbe Menge an verschiedenen Stellen eingenäht wurde. Aus allen diesen Versuchen schliefst W., dafs durch das Kochen in der Haut giftige Substanzen entstehen, die, wenn sie eine gewisse Höhe, die mit der Hautmenge proportional ist, erreicht haben, das Tier zu töten vermögen. Die Gifte sind durch Wasser extrahierbar. Bei alledem spielt natürlich die Resorptionsmöglichkeit dieser Gifte eine grofse Rolle. Aus einer beigefügten Tabelle geht hervor, dafs der Tod auch eintreten kann, wenn ein Achtel der Körperoberfläche verbrannt ist. Nimmt man an, dafs in dieser Fläche die letale Dosis vorhanden ist, so ergibt sich pro Kilogramm Körpergewicht, die Hautoberfläche zu 15000 cm^2 und das Gewicht zu 70 kg berechnet, dafs ungefähr 25—30 cm^2 drittgradig verbrannter Haut pro Kilogramm Körpergewicht hinreicht, den Tod herbeizuführen. Absolut letal wäre eine Dosis, die das Dreifache der angegebenen Menge enthält, also pro Kilogramm 80—90 cm^2. Bei Kindern aber, wo das Körpergewicht im Verhältnis zu ihrer Hautoberfläche fast dreimal geringer ist, entsprechen die Fälle, wo der siebente oder achte Teil der Ober-

fläche verbrannt ist, jenen Fällen von Verbrennungen bei Erwachsenen, wo es sich um Verbrennungen der Hälfte der Hautoberfläche handelt. Berechnet man weiter das Mittel der Lebenszeit aus einer gröfseren Reihe von Fällen für bestimmte Ausdehnungsgrade bei Verbrennungen, so erhält man Zahlen, welche ausdrücken, dafs tatsächlich die Zeit bis zum Eintritt des Todes auch wieder einen Mafsstab abgibt für die Menge der in einem bestimmten Verbrennungsbezirk wirklich resorbierten Gifte und sich genau so verhält, wie die verbrannte Area selbst zum supponierten Gift. Aus diesen Tatsachen folgt, dafs die Gifte in derselben Zeit und von derselben Area in fast gleicher Menge resorbiert werden und dafs die resorbierten Mengen im Körper zurückgehalten werden müssen. Die Gifte wirken also kumulativ, da, wenn sie immer wieder ausgeschieden würden, sich niemals jenes Verhältnis von Zeit und Ausdehnung ergeben würde. Es handelt sich also bei Verbrennungen um Gifte, die in der verbrannten Haut entstehen, im Wasser löslich sind, kumulativ wirken, Somnolenz, Erbrechen, Koma, Herzstillstand, Fieber, Anurie erzeugen, die also im Sinne von Herzgiften wirken. Daher sind natürlich Mittel angezeigt, welche den verderblichen Einfluſs dieser Gifte auf das Herz aufheben, wie Alkohol, Ätherkampferinjektionen bei drohendem Kollaps, Strophantus und Digitalis während der ganzen Dauer der Gefahr. Morphium ist nach W. direkt gefährlich und wirkt lebenverkürzend. Der Kumulation der Gifte arbeitet man am wirksamsten entgegen mit der erprobten Methode der Durchspülung des Blutes durch Infusion physiologischer Kochsalzlösung, welche nach W. direkt lebensverlängernd, wenn nicht lebensrettend wirkt. Er transfundierte mittels sterilisierten Irrigators bei 1 m Druckhöhe drei- bis viermal täglich je $1^1/_2$ l erwärmter physiologischer Kochsalzlösung durch eine Troikart an intakter Hautstelle; bei Kindern dreimal täglich $^1/_2$ l. Die anfänglich entstehende Geschwulst verliert sich im Laufe der nächsten Stunde. Leider muſs man bei ausgedehnten Verbrennungen öfter an derselben Hautstelle transfundieren, wodurch das Gewebe schmerzhaft wird. Imponierend sind die momentanen Besserungen nach den Infusionen: Somnolente Patienten werden frischer, munterer, geben klare Auskunft und interessieren sich für die Umgebung. Der Blutdruck wird erhöht, die Urinausscheidung reichlicher. Leider paralysieren die starken Reserven der kumulierenden Gifte die günstigste Wirkung, welche daher nur eine beschränkte sein kann. Bei zweitgradiger Verbrennung oder bei solchen dritten Grades mit geringer Ausdehnung wirken sie aber nach W. oft lebensrettend; alle Fälle, die unter $^1/_6$ ihrer Körperoberfläche verbrannt waren, wurden gerettet. Um die Resorption der Gifte aber am Orte des Entstehens unmöglich zu machen, versucht W., den ganzen Brandschorf zu entfernen. Es gelang ihm, indem er die verschorften Hautteile mit einem Thiersch'schen Transplantationsmesser parallel zur Oberfläche abschnitt, den gröfsten Teil derselben zu entfernen. Nach Entfernung des Schorfes wurde die Hautstelle mittels trocknen Verbandes geschützt. Durch die Kombination der Infusion mit der letzten Methode erreichte W., dafs die Somnolenz, ja sogar das Erbrechen plötzlich verschwindet, die Anurie behoben wird, der Blutdruck steigt. Nur müssen die therapeutischen Mafsnahmen möglichst früh vorgenommen werden. Allerdings ist es notwendig, von Zeit zu Zeit den trocknen Verband zu kontrollieren, ob sich unter denselben nicht Sekretstauungen bilden, die zu Phlegmonen und somit zum Tode führen können. Daher ist es besser, erweichende Verbände auf die Brandschorfe zu legen. W. hat auf diese Weise erreicht, dafs die Grenze der Rettungsmöglichkeit sich bis zu einem Drittel der Verbrennungsfläche erhöhen liefs, ein Resultat, welches bei keiner anderen Methode erreicht wurde.

Putzler-Danzig.

Über Pflanzendermatitiden, von R. Romme. (*Presse méd.* XII. Jahrg. Nr. 98.) Die Mitteilung knüpft an die Arbeit M. Hoffmanns an, der neuerdings auch durch

Chrysanthemen und Thuyablätter Hautentzündungen auftreten sah. Auch die in Amerika häufig als Zimmerpflanze verwendete Rhus verursacht nach Dubreuilh oft Dermatitis. Es ist aber bei allen diesen Hautreizungen eine gewisse Idiosynkrasie die Vorbedingung, auch bei den Entzündungen durch Primula obconica. Bei Personen, die dieser Idiosynkrasie entbehren, läfst sich die Dermatitis künstlich nicht hervorrufen.

Hopf-Dresden.

Atlasholz und Dermatitis, von M. Grabham-Kingston. (*Brit. med. Journ.* 15. April 1905.) Verfasser erwähnt, dafs auf Jamaika, wo dieses Holz in vier verschiedenen Spezies vorkommt, eine Dermatitis unter den mit der Bearbeitung beschäftigten Arbeitern sehr häufig anzutreffen sei. Auch die Blätter enthalten ein ätherisches Öl und werden deshalb medikamentös von den Eingeborenen als Dekokt bei Fiebern viel verwendet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zwei Fälle von Intoxikation durch die äufserliche Applikation von Belladonna resp. Atropin, von V. Matthews-London. (*Lancet.* 18. März 1905.) Ein 53jähriger Mann legte sich eines Abends wegen Rheumatismus ein recht grofses offizinelles (englisches) Belladonnapflaster auf den Rücken. Vorher hatte er sich mit irgendeinem Liniment eingerieben, doch scheint die Haut nicht verletzt worden zu sein. Am nächsten Morgen war Patient in einem Zustande unverkennbarer Aufregung, Pupillen stark erweitert, Rachenschleimhaut gerötet und trocken. Nach wenigen Tagen vergingen alle Symptome.

Der zweite Fall betraf einen 63jährigen Mann, welcher wegen Ekzem auf den Nates eine Atropinsalbe (0,24 : 28,0) aufgelegt hatte. Nach einigen Stunden traten ähnliche Erscheinungen wie beim ersten Falle auf und daneben Dysurie. Im Laufe eines Tages vergingen die Intoxikationserscheinungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Isoformdermatitis bei einem mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken, von Erich Hoffmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 26.) Trotzdem auf die Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit des Isoforms stets hingewiesen wird und es darin im Gegensatz zu dem Jodoform als wertvoll geschildert wird, gibt es auch eine Idiosynkrasie gegen Isoform, wie ein Fall bei einem jungen Manne zeigt, bei dem sich eine heftige Isoformdermatitis nach Anwendung einer 3%igen Isoformgaze entwickelte. So kann also bei Leuten, die eine Jodoformidiosynkrasie haben, auch Isoform in schwacher Konzentration schon eine Empfindlichkeit hervorrufen, wie fast alle anderen Mittel auch bei entsprechender individueller Disposition des Kranken.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von Mesotanausschlag, von D. Couper-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 1. April 1905.) Eine 39jährige Dame hatte Mesotan mit Ol. Olivarum aa als Einreibung an den Füfsen und Sprunggelenken aufgestrichen. Nach 10 bis 12 Tagen der Behandlung trat sowohl an den behandelten Stellen als auch an den Armen ein rosarotes, fleckiges Erythem ohne Bläschenbildung oder Infiltration hervor und verursachte ein intensives Brennen und Jucken. Unter kalmierender Behandlung verging die Affektion in einigen Tagen. (Dieser Fälle sind jetzt bereits mehrere berichtet. Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Karbolsäuregangrän, von Justin Herold-New York. (*Med. News.* 1. Juli 1905.) Zur weiteren Kasuistik der Karbolgangrän bringt H. hier einen Fall, wo bei einem 30jährigen Manne wegen einer unbedeutenden Fingerverletzung vom Arzte selbst eine 2%ige Karbollösung (mit der gleichen Menge Wasser zu verdünnen) verordnet wurde. Nachdem der Verband 22 Stunden gelegen war, zeigte sich der Finger in der ganzen Ausdehnung desselben mifsfarbig und „geruzelt", irgendwelche Einschnürung von Seite der äufseren Binde war nicht zu konstatieren. Urin normal, kein Zucker, kein Eiweifs. Es wurde die Amputation (in der Mitte der ersten Phalanx

des Mittelfingers) unter Äther vorgenommen: nach zehn Tagen Heilung. Obwohl zwar in den meisten Fällen Amputation das einzige und beste Mittel bei der Karbolgangrän ist, so kann, wie HEROLD anführt, ein Alkoholverband oder auch ein mit Leimwasser durchtränkter Verband, wenn der Fall bald nach der Entfernung der Karbolsäure in Beobachtung kommt, zuweilen von Vorteil sein. Prophylaktisch empfiehlt LUCAS-CHAMPIONNIÈRE Glycerin in Verbindung mit Karbolsäure statt der gebräuchlichen wässerigen oder alkoholischen Lösungen. Das beste Prophylaktikum ist aber auch nach HEROLDS Ansicht, Karbolsäure für Wunden überhaupt nicht, sondern eines der vielen trefflichen Ersatzmitteln desselben anzuwenden. *Stern-München.*

Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen, von KARL ZIELER-Bonn. (*Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* Bd. XXVIII.) Ausführlicher Bericht über einen früher schon von DOUTRELEPONT kurz beschriebenen Fall von akuter multipler Hautgangrän. Der Fall betraf ein 22jähriges, aus gesunder Familie stammendes, anämisches, aber kräftiges Mädchen, das zwar etwas reizbar veranlagt war, aber keine positiven Anzeichen von Hysterie aufwies. Ein Trauma war dem Ausbruche der Krankheit nicht vorausgegangen, auch sonst liefs sich kein ätiologisches Moment nachweisen; Selbstbeschädigung erschien ausgeschlossen. Die Anfälle setzten zum Teil mit sensiblen Störungen (Brennen usw.) ein und waren zuerst auch von Allgemeinerscheinungen (Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit), aber nie von Temperatursteigerungen begleitet. Vasomotorische Symptome waren sehr ausgesprochen: es entstand zunächst immer eine anämische Quaddel in einem hyperämischen Hofe, die Hyperämie verschwand, das anämische Zentrum wurde nekrotisch. Blasenbildung fehlte anfangs, erst im weiteren Verlaufe wurden kleinste, bläschenartige, an Pemphigusblasen erinnernde Abhebungen beobachtet. Der gangränöse Prozefs ergriff anfänglich auch die tieferen Schichten des Coriums, später meist nur die Epidermis. Zur Keloidbildung kam es nie; die Narben blieben längere Zeit empfindlich, aufserdem blieb eine starke Pigmentierung zurück. Die Erkrankung erstreckte sich über eine Zeitdauer von etwa zwei Jahren; die Intensität der Erscheinungen nahm dabei allmählich ab. Ungefähr ein Jahr nach Beginn der Hautaffektion erkrankte das Mädchen an Lungentuberkulose, ein halbes Jahr vor dem Tode hörte die Bildung von Nekrosen auf. Die histologische Untersuchung der Anfangsstadien ergab Hyperämie und Ödem der Cutis und des Papillarkörpers mit perivaskulärem Infiltrat bis in die Subcutis und Durchsetzung mit gelapptkernigen Leukocyten. Das Ödem führte im weiteren Verlaufe zur Kompression der Gefäfse, griff auf die Epidermis über und bedingte hier eine Erweiterung der Saftspalten und Aufquellen der Epithelien, die bald eine verringerte Färbungsfähigkeit erkennen liefsen. Vakuolen- und Blasenbildung wurde nur selten beobachtet; die Blasenbildung, die ausgeprägt erst in späteren Stadien vorhanden war, war nur zum kleinsten Teile auf degenerative Prozesse zurückzuführen; in der Hauptsache war sie wohl die Folge des stärkeren, auf die Epidermis übergreifenden Ödems. Blasen im Epithel liefsen sich als Primäreffloreszenzen nicht nachweisen; die primäre (vasomotorische) Schädigung war in der Cutis zu suchen (Hyperämie, anämisches Ödem mit Quaddelbildung), ihr folgte erst sekundär die Nekrose des Epithels usw.

Der hier geschilderte Befund stimmt im wesentlichen mit den Veränderungen überein, die DOUTRELEPONT, KREIBICH und BRANDWEINER in ihren Fällen trafen. Die von DINKLER in einem Falle beobachtete Degeneration von Nervenfasern ist nach Ansicht L.s möglicherweise als sekundärer Prozefs aufzufassen; als ätiologischen Faktor darf man diesen Befund zunächst wohl nicht betrachten. Sicher dagegen erscheint es, dafs vasomotorische Vorgänge die Hauptrolle bei der Entstehung der Krankheitsherde spielen.

Vor kurzem hat Gross darauf hingewiesen, dafs artefiziell erzeugte Nekrosen, besonders die durch rohe Salzsäure hervorgerufenen, ganz ähnlich verlaufen können wie die Nekrosen bei akuter multipler Hautgangrän. Die von L. bei einer Wärterin mit sehr labilem Gefäfssystem der Haut vorgenommenen Versuche ergaben, dafs das klinische Bild bei beiden Prozessen in der Tat grofse Ähnlichkeit haben kann. Dagegen waren die histologischen Veränderungen bei der Salzsäurenekrose wesentlich von den bei akuter multipler Hautgangrän verschieden; vom Papillarkörper ausgehend erstreckten sie sich vorwiegend auf die äufsersten Schichten der Haut, die tieferen Schichten liefsen jede Beeinflussung vermissen, die Entwicklung der Veränderungen war viel langsamer als bei der akuten Hautgangrän und zeigte das Bild einer reinen Nekrose ohne alle Zeichen einer „Dermatitis". Durch die mikroskopische Untersuchung kann demnach die akute multiple Hautgangrän mit Sicherheit von den artefiziellen Nekrosen unterschieden werden. *Götz-München.*

Über tödlich verlaufende Quecksilberdermatitiden, von Hans Meyer-Kiel. (*Med. Klinik.* 1905. Nr 19.) Eine Frau, welche 33 Inunktionen gut vertragen hatte, bekam bei Fortsetzung der Kur eine starke Quecksilberdermatitis und starb einige Tage darauf. Ähnliche Fälle sind bereits in gröfserer Menge veröffentlicht, wie Meyer erwähnt; es handelt sich um eine erworbene Idiosynkrasie. Der Reiz, den das Quecksilber auf die Gewebe ausübt, ist schwer zu erklären, wahrscheinlich handelt es sich nach den Versuchen von Schade bei der Quecksilberwirkung im Organismus um einen katalytischen Prozefs, so dafs das Quecksilber als Katalysator die Oxydation sowohl im Blute wie in den Geweben beschleunigt. Er erklärt auch das Auftreten der toxischen Erscheinungen als durch katalytische Kraft des Quecksilbers.

Bernhard Schulze-Kiel.

Neurotische Entzündungen.

Zum Kapitel der Graviditätsdermatosen, von Nobl-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* Nr. 21 u. 22.) Neben einer Reihe von Hautleiden, die als Begleiterscheinungen der Gravidität, der Puerperiums und verschiedener Uterinkrankheiten, aber auch unter anderen pathologischen Bedingungen vorzukommen pflegen, gibt es auch solche Dermatosen, die ausschliefslich während der Gravidität auftreten, also als spezifische Graviditätsdermatosen aufgefafst werden müssen. Unter dem Namen Impetigo herpetiformis hat Hebra ein solches Krankheitsbild folgendermafsen beschrieben: „Gruppenweise oder kreisförmig angeordnete, mit gelber, eitriger Flüssigkeit erfüllte Bläschen (Pusteln), die zu gelben, flachen Borken vertrocknen, unter welchen eine rote, nässende, exkoriierte, nicht ulcerierende Fläche bemerkbar wird, und in der Peripherie neue Pustelgruppen und Pustelkreise auftreten." Die Beobachtung des Verfassers betrifft eine sonst gesunde Frau, welche während der zweiten, dritten und vierten Schwangerschaft in immer stärker werdendem Grade die Erscheinungen der Impetigo herpetiformis darbot. Die Pusteln traten teils isoliert, teils in kreis-, scheiben- und bogenförmiger Anordnung, besonders an den Schenkelbeugen, Bauchdecken, unteren Thoraxpartien, weniger dicht an den Lenden, Unterschenkeln und Beugeseiten der Vorderarme auf. Durch Kratzen und Scheuern verwandelten sich die Plaques allmählich in nässende, eitrig unterminierte Krusten und Borken. Trotzdem die Affektion sich mehrere Schwangerschaftsmonate bis ins Puerperium hinein unter qualvollem Juckgefühl, Fieber und schlechtem Allgemeinbefinden hinzog, erlitt die Schwangerschaft keine Störung. Die Eruption klang gegen Ende der Gravidität bezw. im Puerperium allmählich ab und es kam jedesmal zu einer vollständigen Abheilung ohne Narbenbildung. Verfasser betont ausdrücklich die Be-

ziehungen dieser Affektion zur Schwangerschaft und möchte einige der von Kaposi zusammengestellten 24 Fälle ausschalten, da sie nicht alle Postulate der Impetigo herpetiformis erfüllen. Insbesondere ist diese Affektion von den pemphigoiden Vegetationen (Duhrings Dermatitis herpetiformis) streng zu trennen. Ätiologisch ist es ganz unbestimmt, ob es sich um einen septisch-pyämischen, chemisch-toxischen oder neuroreflektorischen, vom Uterinalzustande abhängigen Prozeſs handelt. Die Prognose ist nicht so infaust, wie sie meist dargestellt wird, da wir doch eine Reihe von geheilten und geheilt gebliebenen Fällen kennen. — Verfasser beschreibt am Schlusse noch einen weiteren Fall einer Dermatose, welche in auffallender Beziehung zur Gravidität stand und eine frappante Ähnlichkeit mit der Impetigo herpetiformis aufzuweisen hatte. Eine 24jährige Frau bekam während der ersten und zweiten Gravidität im sechsten bezw. im siebenten Lunarmonate an den verschiedensten Stellen des Körpers, Hals, Brust, Beugeflächen der Arme und der Oberschenkel, eine Reihe von Pusteleruptionen, die durch konzentrische Anordnung und exzentrisches Wachstum zu taler- bis handtellergroſsen Scheiben auf erythematöser, wuchernder Basis gediehen waren. In den ersten Wochen der Laktation heilten die Plaques ab, ohne eine Spur zu hinterlassen. Diese Affektion deckt sich am meisten mit der von Hallopeau beschriebenen „Pyodermite végétante", die ihrerseits nach Ansicht der meisten Autoren nicht etwa eine gutartige Form des Pemphigus vegetans, sondern eine abgeschwächte Variante der Impetigo herpetiformis darstellt.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Erythromelalgie und Osteomalacie, von Arcangeli. (*Soc. Lanc. d. Ospedali di Roma.* 17. Juni 1905.) Der Fall, den der Verfasser beschreibt, betrifft ein 15jähriges Mädchen, bei dem sich im Verlaufe einiger Monate eine Erythromelalgie der beiden Füsse gleichzeitig mit osteomalacischen Veränderungen in beiden Beinen, in den Knochen des Beckens und des Schultergelenkes, der Wirbelsäule entwickelt hatte. Die üblichen ätiologischen Faktoren (Schwangerschaft, Feuchtigkeit der Wohnung usw.) mufsten ausgeschlossen werden; ebenso waren die für Osteomalacie typischen Lokalisationen nicht befallen. Der Verfasser nimmt an, dafs es sich um einen Fall von Osteomalacie sui generis gehandelt hat, deren Ursache in Störungen des zentralen Nervensystems gesucht werden mufs, denen auch die anderen nervösen Symptome und die Erythromelalgie ihre Entstehung verdanken. *C. Müller-Genf.*

Hydroa vacciniformis (Bazin), von Etsujiro Ikeda. (Inaug.-Dissert. Rostock 1904.) Die Wirkungsgröfse des Lichtes auf die Haut ist abhängig in erster Linie von der Dauer und Intensität der Einwirkung, dann aber, wie überall bei biologischen Prozessen, von der individuell verschiedenen Disposition oder besser: Reizbarkeit der bestrahlten Haut. Es sind also zu trennen Lichteinwirkung auf die gesunde Haut von der auf eine kranke resp. auf eine solche mit abnormer Reizbarkeit. Auf eine gesunde Haut hat nur eine abnorm starke oder langandauernde Isolation schädigenden Einfluſs, auf eine kranke schon das gewöhnliche diffuse Sonnenlicht. Zur ersten Gruppe zählt Verfasser das Erythema solare, zur zweiten das Ekzema solare und die rein vesikulären Blaseneruptionen. Diesen fügt Möller an das Xeroderma pigmentosum, des weiteren die Pellagra und Variola. Diese beiden letztgenannten Erkrankungen unterscheiden sich von den obengenannten aber wesentlich dadurch, dafs sie keine eigentlichen Dermatosen lokal leidender Haut sind, sondern dafs bei ihnen das primäre eine allgemeine Erkrankung ist, auf deren Grund durch die Einwirkung des Lichtes krankhafte Veränderungen auf den äufseren Bedeckungen hervorgebracht werden. Von diesen beiden letzten Erkrankungsformen abgesehen, ist zu erkennen, dafs die pathologischen Hautveränderungen infolge von Lichteinwirkung im allgemeinen unter dem Bilde einer (umschriebenen) Dermatitis auftreten. Diese kann jeglichen

Grad der Entzündung aufweisen und kann als Primäreffloreszenzen: Flecke, Papeln, Bläschen und Blasen zeigen. Es ist im ganzen charakteristisch für die Lichtdermatitis, dafs sie nur an den bestrahlten Hautpartien auftritt und in der Regel sich nicht per continuitatem oder sprungweise auch über den bedeckten Körper ausbreitet, wie die toxischen Dermatitiden resp. Ekzeme. Fälle, in denen bei einzelnen Beobachtungen von Hydroa vacciniformis (Bazin, Hutchinson, Bowen) auch der bedeckte Körper in Mitleidenschaft gezogen war, sind als Ausnahmen anzusehen.

Verfasser führt 44 Fälle von Hydroa vacciniformis (Bazin) an. Aus den Krankengeschichten ergibt sich etwa folgendes klinische Bild. Die Hydroa vacciniformis beginnt in exquisiter Weise meist im Kindesalter. Oft tritt sie schon im ersten Lebensjahre auf, meist vor dem 10., selten nach dem 25.; bei beiden Geschlechtern ist sie etwa gleich häufig und tritt je früher um so heftiger auf. In allen Fällen erfolgte die Eruption im Frühjahr oder Sommer und verschwand im Winter, um im nächsten Jahre von neuem zur selben Zeit auszubrechen. Die Erkrankung ist an sich ziemlich harmlos, wird aber zu einer schwerwiegenden durch die fortwährenden Rezidive, ferner durch die Entstellung infolge der Narbenbildung und drittens durch das gelegentliche Befallenwerden der vorderen Augenmedien. Die weiteren klinischen Erörterungen müssen im sehr lesenswerten Original studiert werden, ebenso die phototherapeutischen Versuche.

Mikroskopisch handelt es sich bei der Hydroa vacciniformis nach Ikeda um Bildung einer multilokulären Blase im Rete, entstanden durch mechanische Auseinanderdrängung der Stachelzellen in und um die Blase, im Stratum Malpighii reichliche Leukocyten, im Corium Auflockerung des Bindegewebes durch seröse Exsudation und Dilatation der Gefäfse, die von weifsen und roten, meist gut erhaltenen Blutzellen vollgepfropft und von einem dichten Mantel von Leukocyten umgeben sind.

Die Diagnose der Hydroa aestivalis ist leicht, wenn man die Affektion kennt. Charakteristisch sind: die Lokalisation, das ätiologische Moment, die Eruption selbst: disseminierte Blasen, ein- oder vielkammerig, in diesem Falle gedellt mit peripher fortschreitender, zentraler Nekrose und endlich das stete Rezidivieren im Frühjahre oder Sommer. Sieht man die Erkrankung zum ersten Male und ist die Anamnese undeutlich, so kann man die varioliforme Art leicht mit einer Vaccineeruption verwechseln; davor schützt ein Impfversuch, der natürlich negativ verläuft. Die bullöse Form kann vollkommen eine Impetigo contagiosa vortäuschen und ist auch sicher oft mit ihr verwechselt worden. Akne varioliformis hat ähnliche Lokalisation, aber andere Effloreszenzen. Bei pustulöser Syphilis wird man, abgesehen davon, dafs die Lokalisation keine so lokal beschränkte ist, vor allem andere Zeichen der Lues finden. Pemphigus und Erythema multiforme machen keine derartigen Narben. Die Prognose ist bezüglich des Anfalles selbst gut. Er heilt, wenn der Kranke das offene Sonnenlicht vermeidet, spontan, vorausgesetzt, dafs keine sekundäre Kokkeninfektion hinzukommt. Bezüglich der Rezidive ist sie allerdings sehr ungewifs. In den meisten Fällen scheint sich die Idiosynkrasie der Haut gegen die Lichtstrahlen mit der Pupertät gegen das 20. Lebensjahr oder später abzuschwächen oder ganz zu verlieren. Es sind aber doch Fälle beobachtet worden, in denen eine progressive Tendenz zu Erkrankung beobachtet wurde, derart, dafs die Patienten auch im Winter nicht von Anfällen verschont blieben, andererseits vollentwickelte Eruptionen noch nach 33 Jahren vorkamen (Jarisch). Im allgemeinen kann man sagen, dafs die Anfälle im ersten Dezennium beginnen, im zweiten ihren Höhepunkt erreichen, im dritten langsam abklingen.

Therapeutisch ist die Hydroa aestivalis sehr wenig zu beeinflussen. Die Therapie kann nur symptomatisch resp. prophylaktisch sein. Es können prophylaktisch farbige

Schleier resp. Handschuhe verwendet werden und direkte Hautüberzüge in Form von Pasten oder Firnissen, die geeignet sind, die ultravioletten Strahlen abzuhalten bezw. sie in Strahlen mit geringerer Wellenlänge umzuformen. Veiel empfiehlt (gegen Ekzema solare) blaue, Unna mit Kurkuma gefärbte, Wolters grüne, schützende Schleier. Man kann auch einen mit Kurkuma versetzten Hautleim versuchen.

℞ *Kurkuma* 3,0
Bol. alb.
Glycerin.
Dextrin.
Aqu. dest. ad 1,75 (Unna).

Mit innerlichen Mitteln (Chinin, Belladonna, Arsen) scheint man der Erkrankung nicht beikommen zu können. *Fritz Loeb-München.*

Zur Frage des Pemphigus. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring, von J. L. Schattenstein - Lida (Rufsland). (*Allgem. med. Centralstg.* 1905. Nr. 30.) Der Pemphigus ist eine sehr seltene Hauterkrankung, gleichwohl hat sie viel Anlafs zu Verwirrungen gegeben, denn noch im Anfange des 19. Jahrhunderts wurden als Pemphigus sämtliche Hautkrankheiten gedeutet, bei denen auf der Haut Blasen auftraten. Noch seltener aber sind die Fälle von Duhringscher Dermatose, die in diese Statistiken mit aufgenommen sind. Schattenstein beschreibt daher einen solchen Fall ausführlich, den er im Jahre 1902 bei einem 22jährigen Mädchen beobachtete. Bei demselben waren vier Monate vorher unter den Brüsten und auf der inneren Oberfläche der grofsen Labien erbsen- bis haselnufsgrofse Bläschen aufgetreten, die mit klarer, seröser Flüssigkeit gefüllt waren. Die Eruption fand zu Beginn der Erkrankung gewöhnlich des Nachts, am häufigsten einen Tag um den anderen statt und ging mit so heftigem Brennen und Jucken einher, dafs die Patientin schlaflos war. Sobald sie eine gewisse Höhe erreichten, platzten die Blasen und trokneten ein, worauf nach einigen Tagen an deren Stelle neue Bläschen auftraten, die denselben Entwicklungsgang durchmachten. Nach einigen Wochen (3 bis 4) hörte die Eruption von Bläschen an diesen Stellen auf, und es blieb nach deren Abheilung eine leichte Pigmentation zurück. Nach einer gewissen Pause begannen Exantheme allmählich auch auf anderen Körperstellen, und zwar symmetrisch auf beiden Seiten des Körpers, zunächst an den oberen Extremitäten, dann an den unteren Extremitäten, am Rücken, Abdomen, Hinterhaupt aufzutreten. Gewöhnlich entstand an der betreffenden Stelle eine leicht juckende Rötung, bisweilen mit kleinen, zerstreut liegenden papulösen Eminenzen; nach einiger Zeit (von einigen Tagen bis zu einer Woche und darüber) bildeten sich auf diesen geröteten Stellen unter vorangehendem Jucken Blasen, die mit durchsichtiger, gelblicher Flüssigkeit gefüllt waren; das Jucken ging so konstant voran, dafs die Patientin die bevorstehende Bläscheneruption stets voraussagen konnte. Die Bläschen vergröfserten sich ziemlich rasch, da sie durch die sich ansammelnde Flüssigkeit immer weiter ausgedehnt wurden, und erreichten bisweilen, indem mehrere benachbarte Blasen miteinander konfluierten, sehr bedeutende Dimensionen. Die Blasen waren monolokulär, da sie nach dem Platzen der Hülle ganz verödeten. Nach der Eruption der Blasen liefsen Jucken und Brennen an der betreffenden Stelle gewöhnlich nach.

Diese Erscheinungen mufsten an Pemphigus oder Erythema exsudativum multiforme erinnern, vom letzteren aber unterschied sich die Erkrankung durch das Aussehen des Exanthems, durch die Entstehungsart der Blasen, durch die Lokalisation der Blasen und durch die Dauer. Die Hauptsache ist nach Schattenstein die Abgrenzung dieses Falles für das Bild der Dermatitis herpetiformis Duhring, und zwar boten sich dafür folgende charakteristische Symptome:

1. polymorphe Exantheme, die in diesem Falle in Form von Erythemen, Knoten, Bläschen, Blasen, Pusteln und deren Übergangsformen auftraten;

2. subjektive Störungen, Jucken und Brennen, traten deutlich im Krankheitsbilde hervor;

3. herpetiforme Lokalisation (gruppenweise) der Exantheme;

4. befriedigender Allgemeinzustand (von einer kurzdauernden Störung desselben abgesehen) und günstiger Ausgang der Krankheit.

Die Duhringsche Dermatose darf demnach aus der Gesamtgruppe des Pemphigus als besondere Form ausscheiden, und zur Ätiologie der Dermatitis herpetiformis mufs auf Grund des vorliegenden Falles die neurotische Theorie herangezogen werden, da eine infektiöse oder intoxikatorische Ursache hier kaum in Frage komme.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Zur Lehre vom Herpes zoster nebst Mitteilung über eine in Breslau beobachtete Zosterepidemie, von Otto Sachs-Wien. (*Zeitschr. f. Heilk.* Jahrg. 1904. Band 25. Heft 12.) In den Monaten Juni bis November 1901 wurden in Breslau 69 Herpes zoster-Erkrankungen beobachtet, und zwar 8 Herpes labialis et facialis, 12 progenitalis, 12 Zoster facialis, 8 Zoster occipito-collaris, 3 cervico-brachialis, 1 brachialis, 5 dorso-pectoralis, 3 dorso-abdominalis, 5 lumbo-inguinalis, 5 lumbofemoralis. Handelt es sich um eine Epidemie, so mufs man den Zoster als infektiös betrachten. Die Frage, ob die lokalisierten und häufig residivierten Formen des sogenannten Herpes nasalis, labialis, facialis, progenitalis mit den Zosteren zusammen als eine Krankheit aufzufassen sind oder ganz verschiedene Krankheiten sind, ist noch nicht mit Einigkeit entschieden. Sachs hält sie für verschiedene Formen einer identischen Krankheit, auch neigt er der Auffassung einer Infektionskrankheit, deren pathologische Anatomie speziell deren Erreger noch nicht gefunden, zu und begründet diesen Standpunkt in langer Auseinandersetzung mit genauer Berücksichtigung der grofsen Gesamtliteratur über den Herpes. Vor allem spricht aber für die infektiöse Natur des Herpes zoster die klinische Erfahrung der mehrfachen Konstatierung von Zosterepidemien, so auch die Breslauer 1901, deren Charakter ein verhältnismäfsig leichter war, keine Prodromalsymptome, geringe Störung des Allgemeinbefindens, selten nur neuralgische Schmerzen. Der rechtsseitige Interkostalzoster überwog den linksseitigen, die meisten Patienten standen im mittleren Alter, das weibliche Geschlecht übertraf das männliche. Zum Schlusse werden noch einzelne Beobachtungen besprochen, die Interesse haben, z. B. drei Fälle von hämorrhagischer Form des Zoster, vier Fälle mit regionärer Lymphdrüsenschwellung und einige von Trigeminuszosteren und Zoster ophthalmicus sowie Trigeminuszoster im Innern der Mundhöhle, und Zoster an den oberen und unteren Extremitäten (sechs Fälle). Den Schlufs bildet eine Besprechung der Herpeseruption bei Kindern, deren Verfasser drei sah.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Diagnose und Therapie des Herpes zoster, von Daisy M. Orleman Robinson-New York. (*New York med. journ.* 10. u. 17. Juni 1905.) Neben der bekannten charakteristischen Form des Herpes — Bläschen mit der Tendenz, zu verschmelzen und Blasen zu bilden —, erwähnt R. in ihrer eingehenden Arbeit verschiedene Variationen des Leidens; so gibt es Fälle, wo nur ein erythematöses Stadium mit Bildung kleinster Papeln ohne Bläschenbildung vorkommt und wo die Hauteruption nur wenige Tage besteht. Hämorrhagien in einer Anzahl von Bläschen können ferner eintreten und beim Eintrocknen bräunliche Krusten bilden; diese Form kommt häufiger bei älteren Leuten oder schlecht genährten Personen vor. Zoster haemorrhagicus wird jene Form genannt, wo die Blutung in die Bläschen der Typus ist; hier entsteht fast immer Ulceration mit Gewebszerstörung (der Papillarschicht).

Fälle von doppelseitigem Zoster kommen ausnahmsweise vor entweder an symmetrischen Stellen oder an ganz verschiedentlichen. Der parasitäre Charakter der Affektion steht für R. sowohl nach den Prodromalarerscheinungen wie dem cyklischen Verlaufe fest. Sehr oft ist schmerzhafte Schwellung an den korrespondierenden Drüsen entweder als Vorläufer oder gleichzeitig mit der Hauteruption vorhanden, andere Prodromalerscheinungen sind Fieber, Kopfschmerzen, allgemeines Unbehagen usw. R. beschreibt einige Fälle zur Charakteristik über die verschiedenen Körperstellen, wo Herpes vorkommen kann, über die grofse Anzahl von Herden usf. Wenn die Eruption um Mund und Nase sitzt, macht der akute Katarrh, der gewöhnlich vorhanden ist, die Diagnose zu einer leichten, wie dieselbe wohl in den meisten Fällen gelingen wird. R. berichtet immerhin über Fälle, wo Verwechslung mit Syphilis und mit anderen herpetiformen Ausschlägen vorkam. Bezüglich der Behandlung empfiehlt R. Bettruhe, Regelung der Diät, kalte Umschläge auf die affizierten Drüsen, Antipyrin oder Codein und Bromkali gegen die Schmerzen. Die lokale Therapie besteht in aseptischen und antiseptischen Maßnahmen; im ersten Stadium kann die affizierte Stelle mit Seife und Alkohol desinfiziert und dann Kollodium darüber gestrichen werden, späterhin ist Borsalbe, Ichthyolsalbe oder irgendein antiparasitäres Mittel wie Chlorammonium-Quecksilbersalbe, wozu man Bismut und auch Ichthyol fügen kann, angezeigt. Die lange anhaltenden Neuralgien, welche oft dem Zoster folgen, trotzen oft allen schmerzstillenden Mitteln sowohl wie dem faradischen Strome und den Röntgenstrahlen, wahrscheinlich wegen der Strukturveränderungen in den Nerven und im Bindegewebe der Drüsen; Tonica wie Zinc.-Phosphor und Alterantia, wie As, sind auch zuweilen empfehlenswert. *Stern-München.*

Ein Fall von Herpes zoster des Vorderarms und der Hand, von R. E. P. Squibbs-New Lenton. (*Lancet.* 8. Juli 1905.) Aufser der sehr seltenen Lokalisation bot der typisch verlaufene Fall bei der 61jährigen Frau nichts Besonderes dar.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Anwendung trockener Schröpfköpfe beim Herpes zoster, von Medwin Leale-New York. (*New York med. Journ.* 19. Aug. 1905.) In Übereinstimmung mit den Untersuchungen von Bärensprung, Head, Campbell u. a. betrachtet L. den Herpes zoster nicht als Hautkrankheit, sondern als ein Nervenleiden, zurückzuführen auf akute hämorrhagische Entzündung der hinteren Ganglien und Nervenstämme, welche jene Hautteile versorgen, die der Sitz der charakteristischen Eruption sind. Die pathologischen Veränderungen in den hinteren Wurzeln sind Blutung, Entzündung, Zerstörung von Ganglienzellen und Degeneration von Nervenfibrillen. Die Schmerzen in den Nerven, deren Wurzeln und vielleicht Stämme ergriffen sind, gehen in der Regel dem Ausschlag voran, sind oft sehr heftig, treten in Anfällen besonders Nachts auf und machen den Schlaf unmöglich; in diesem Stadium ist es oft unmöglich, zu sagen, ob es sich nur um Neuralgie oder die erste Phase des Herpes zoster handelt. Nach einigen Stunden oder Tagen treten Papeln und bald Bläschen auf; die Dauer der Krankheit beträgt zehn Tage bis sechs und acht Wochen, bei älteren oder geschwächten Individuen kann sie sich über verschiedene Monate und sogar Jahre hinziehen. Aus noch nicht erklärten Gründen kommen die meisten Fälle auf der rechten Seite vor. Eine der häufigsten Folgen der Krankheit ist eine verminderte Sensibilität auf der befallenen Seite, welche noch einige Weile nach der Heilung der Eruption anhalten kann. Sobald das Leiden erkannt ist, empfiehlt L. Bettruhe, ein Abführmittel und leichte Diät, sodann als Gegenreiz gegen die entzündeten Nervenwurzeln und -Stämme die Anwendung trockener Schröpfköpfe über den Ganglien der hinteren Wurzeln und den Austrittsstellen der befallenen Nerven (nach dem Schema von Allen Stern, welches L. hier wiedergibt, leicht zu bestimmen); diese Behandlung

sollte einmal in 24 Stunden und gerade vor dem Schlafengehen angewandt werden. Sie hat sich nach L. vorzüglich bewährt, weit besser als Gegenreiz durch Paquelin oder den galvanischen Strom, indem sie meist die Dauer des Leidens abkürzt, alle Symptome, besonders aber den Schmerz, günstig beeinflufst. Daneben ist immerhin lokale Behandlung mit Kollodium, und wenn die Bläschen aufgebrochen sind, mit Puder angezeigt. Ist der Anfall vorüber, so sind im allgemeinen tonische Mittel, sorgsame hygienische Mafsnahmen indiziert, in manchen Fällen auch eine rheumatische Disposition, in anderen Malaria oder Tuberkulose usf. zu bekämpfen.

Stern-München.

Behandlung von chronischer Urticaria und von Herpes zoster mittels hochfrequenter Ströme, von A. Gregor-Penryn. (*Brit. med. Journ.* 22. Juli 1905.) Ein 55jähriger Herr hatte zwei Jahre lang an chronischer Urticaria gelitten. Infolge der damit verbundenen Schlaflosigkeit und des fortwährenden Juckreizes war er sehr herunter gekommen. Medikamentöse Behandlung brachte nur unbedeutende Linderung. Nach der ersten Sitzung mit dem hochfrequenten Strom trat sofort Besserung ein, und nach zehn Tagen mit sechs Sitzungen war Patient geheilt. Es wurde 15 Minuten lang ein Strom von 300 M. A. mit dem Auto-Kondensator appliziert. Etwa zwei Monate später kam derselbe Patient mit Herpes zoster in Behandlung. Die neuralgischen Schmerzen blieben längere Zeit nach dem Abheilen der Bläschen trotz allerlei medikamentöser Behandlung bestehen und wichen erst allmählich bei ähnlicher elektrischer Behandlung, welche zwölfmal gegeben wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Pellagra, von Prof. L. Merk. (Autorreferat.) Das italienische Wort Pellagra — so begann der Vortragende — bedeutet rauhe Haut. Die Krankheit habe also ihren Namen, wie Blattern, Masern, Scharlach, von den Hautsymptomen. Es frage sich sohin, ob diese pellagrösen Hauterscheinungen in der Tat so kennzeichnend seien, dafs sie gegebenenfalls für sich allein zum Erkennen der Krankheit führen. Dies wird vom Referenten bejaht und die Charakteristik des Ausschlages genau so bewertet, wie die Hauterscheinungen bei Blattern, Masern, Scharlach, Schafblattern zu bewerten sind.

Diese Merkmale seien, dafs erstens der Ausschlag ein Erythem im Sinne des dermatologischen Sprachgebrauches vorstelle und sich nicht nur dem Erythema exsudativum multiforme Hebra anthologisch angliedern lasse, sondern auch kausuell gewissen toxischen, und zwar gleichfalls endemischen Erythemen anschliefse. Nur müsse man die Beispiele in der Tierpathologie suchen, und es wird speziell an die Lupinenkrankheit, die sog. Kleekrankheit, den Buchweizenausschlag, ferner den Lathyrismus und Ergotismus (letztere Krankheiten am Menschen) erinnert.

Zweitens beginne der Ausschlag plötzlich, fast von einem Tage zum anderen, und es sei das Auftreten durchaus nicht unumgänglich an unmittelbare Sonnen- oder Atmosphärenwirkung geknüpft.

Drittens sei die Begrenzung in der Regel eine aufserordentlich typische: scharf, mit einem Rosasaum, dem sich im Verlaufe eine mehr oder minder breite, schuppig-krustige Zone von bestimmter Beifarbe anschliefse.

Viertens nehme die Steigerung der Veränderungen viele Tage, bis zu anderthalb Wochen, in Anspruch, worauf in noch viel längerer Zeit (mehreren Wochen) ein allmählicher Rücktritt zu verzeichnen sei. Erst verliere sich der Rosasaum, dann kehre das Zentrum zur Norm zurück, indes die schuppig-krustige Zone noch lange Zeit den Sitz der ehemaligen Erkrankung verrate. Namentlich die zentralen Veränderungen seien den verschiedenen Lokalisationen entsprechend verschieden, hielten sich aber immer im Rahmen eines Erythems.

Fünftens neige das Erythem stark zu sog. „Hyperkeratose" von äufserst charakteristischem Gepräge, wohl aber auch, und zwar speziell gerne an den Handrücken, zu oft enormer Exsudation.

Sechstens sei es symmetrisch, fast streng symmetrisch, und weise bestimmte Prädilektionsstellen auf. Zunächst der Häufigkeit nach die beiden Handrücken (Handschuhe) — seltener die Fufsrücken —, weiters das Gesicht (die Larve oder Maske) und endlich der Hals (Casalsches Halsband). In zweiter Linie stünden die Umgebung der grofsen und kleinen Labien bei Frauen sowie die perianale Region.

Aufserdem fänden sich aber auch isolierte asymmetrische Stellen, wie eine Ellenbeuge, eine Achselfalte, oder die Knie, die Ellenbogen.

Siebentes ist schon seit jeher die typische schmutzig-graubraune Verfärbung der hyperkeratotischen Veränderungen aufgefallen. Sie ist zur Zeit der Exacerbation oft stark vom Rot des Erythems durchleuchtet und erhält dadurch einen Broncetimbre, wird aber namentlich in der Deferveszenz besonders scharf.

Achtens befalle es das Individuum in der Regel nur einmal des Jahres, am häufigsten zu Beginn des meteorologischen Frühjahres, wohl aber auch zu anderen nicht hiemalen Perioden; erscheine in den folgenden Jahren mit verschiedener Heftigkeit wieder und führe besonders an den Handrücken zu Atrophie.

Als Juvantien bei der Diagnose sind dann weitere pellagröse Symptome, wie taumelige Benommenheit, Kribbelgefühle, Myasthenie, erhöhte Kniesehnen- oder Beinhautreflexe, typische Diarrhöen, psychische Erscheinungen usw.; vielleicht eine Vermehrung gewisser Leukocytenformen im Blute; ferner der Charakter des Endemischen; der Maisgenufs zu verwerten.

Die meisten der aufgezählten Erscheinungen werden an Abbildungen, namentlich aber an vortrefflichen Moulagen, deren Herstellungskosten das vorbereitende Komitee der Versammlung zum Danke der Wissenschaft getragen hat, erörtert und veranschaulicht. Die Moulagen selbst waren über Auftrag des Referenten von dem eigens zu diesem Zwecke im Juni dieses Jahres nach Rovereto berufenen Dr. Henning aus Wien ausgeführt worden.

Der Kürze der Zeit wegen konnte Referent auf eine grofse Reihe anderer Punkte — wie Verhalten des Erythems zu anderen Pellagrasymptomen, zum Geschlechte, zum Alter, die Differentialdiagnose, die Prognose, die Pathologie des Prozesses, pathologisch-anatomischen Veränderungen, die Komplikationen, die Therapie — nicht eingehen.

Akute Exantheme.

Der Scharlach in New York nebst einigen therapeutischen Möglichkeiten in seinem Verlauf, von Seibert - New York. (*New York med. Monatsschr.* 1905. Nr. 2.) Der Scharlach ist in New York endemisch und befällt ganz besonders Schulkinder. Die Mortalität ist in den letzten 30 Jahren von 10,55 auf 2,5 auf 10000 Einwohner gesunken. In der Morbiditätsziffer fanden sich regelmäfsige Schwankungen entsprechend der Jahreszeit. Von Januar an stieg die Ziffer regelmäfsig von Woche zu Woche, zeigt von Mitte März bis Mitte Mai das Maximum mit ca. 200 Krankheitsfällen wöchentlich, fällt dann im Juni von 160 bis auf 110 in einer Woche, um im Juli auf 60 Fälle zu sinken, erreicht Juli bis Oktober das Minimum mit ca. 40 Fällen und steigt dann von Ende Oktober bis zum Schlufs des Jahres wieder langsam an. Als die hauptsächlichste Übertragungsstätte bezeichnet Verfasser die Schulen. Die Infektion kommt durch direkte Berührung, Händedruck, Küsse, gemeinsamen Gebrauch und Beknabbern von Bleistiften, Federhaltern usw. zustande. Zu Beginn eines jeden

Schuljahres (September) hat jedes Schulkind eine geringe Zahl von Bekannten, mit denen es in intimeren Connex kommt. Im weiteren Verlauf des Schuljahres nimmt die Zahl der Freundschaften zu, dementsprechend kontinuierlich steigende Morbiditätsziffer, die am Ende des Schuljahres (Mai) das Maximum erreicht. Der erste Abfall im Juni ist darauf zurückzuführen, dafs im Mai die Parochial- und Privatschulen (von ca. 75000 Kindern besucht) schliefsen, der zweite stärkere Abfall im Juli auf Beginn der Ferien in den öffentlichen Schulen (von ca. 450000 Schüler besucht). Von Juli fällt die Scharlachfrequenz dauernd bis September, dem Beginn des neuen Schuljahres. Dafs die Ansteckung nur durch direkte Berührung, nicht auf dem Wege der Luftinfektion möglich ist, beweist das langsame Steigen der Morbiditätszahl, da sonst einzelne Klassenendemien und plötzliches Steigen der Morbiditätszahl beobachtet worden wäre. — Therapeutisch empfiehlt Verfasser die Anwendung des Ichthyols, dessen streptokokkentötende Wirkung durch die Arbeiten von Abel erwiesen ist, in Form von 5—10% Ichthyol-Lanolin für die Erytheme, zwei- bis viermal täglich. Bei Erkrankung des Nasenrachenraums bedient sich Verfasser einer 50%igen Resorcin-Alkohollösung, mit der die erkrankten Partien je nach der Schwere des Falles ein- bis zweimal täglich bezw. alle drei bis sechs Stunden betupft werden. Diese Applikation wird gut vertragen und mufs fortgesetzt werden, bis alle Spuren von Exsuda- und Drüsenschwellung beseitigt sind. Die Drüsen verkleinern sich meist schon nach der ersten Behandlung. Bei geringstem Verdacht auf Diphtherie ist Behringsches Serum zu injizieren. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Statistischer Beitrag zu dem Verlaufe der Mortalität an Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und Masern in der Schweiz in den Jahren 1876 bis 1900, von Robert Nadler. (Inaug.-Dissert. Bern 1903.) Nach einer Reihe von Autoren sollen Keuchhusten- und Masernepidemien häufig zusammenfallen. Verfasser fand für die von ihm berücksichtigten Jahrgänge ein gleichzeitiges Ansteigen der Mortalität an Keuchhusten und Masern achtmal; gleichzeitiges Absinken sechsmal. In Zürich trafen beide Epidemien zehnmal zusammen. „Es scheint demnach, dafs ein gewisser Zusammenhang zwischen Masern- und Keuchhustenepidemien bestanden hat."

Einfluſs des Lebensalters auf die Sterblichkeit an Masern. Aus einer Tabelle des Verfassers geht hervor, dafs der erste Monat nur eine geringe Sterblichkeit an Masern aufweist, dafs dieselbe aber im ersten Lebensjahr eine noch ganz enorme wird (32,55%), um im zweiten Lebensjahr mit 32,58% ihren Höhepunkt zu erreichen. Vom dritten Lebensjahre an fällt die Kurve umgekehrt proportional mit dem zunehmenden Lebensalter bis zu 15 Jahren. Von da an ist die Masernmortalität fast Null.

Einfluſs des Lebensalters auf die Sterblichkeit an Scharlach. Aus der vom Verfasser entworfenen Tabelle geht hervor, dafs die Scharlachsterblichkeit im ersten Lebensjahre eine ziemlich geringe ist. Im zweiten fängt die Kurve an ziemlich stark von 4,06 auf 13,12% zu steigen. Im dritten und vierten Lebensjahre nimmt die Mortalität an Scharlach ganz bedeutend zu, und zwar um 22,21%. Diesem starken Anstieg folgt ein langsamerer, der zum Kulminationspunkt der Kurve führt. *Fritz Loeb-München.*

Über Scharlachdiphtherie, von E. Ignatowsky. (Inaug.-Dissert. Zürich 1903.) Während der Scharlachepidemien in den Jahren 1897 (51 Fälle), 1898 (22 Fälle), 1899 (60 Fälle) fehlte eine Angina bei 133 Erkrankungsfällen nur zehnmal. Das ganze Anginamaterial teilt Verfasser nach den klinischen Erscheinungen in vier Gruppen ein:

Die erste leichteste Form der Angina scarlatinosa bestand in einer gleichmäfsigen Rötung des Palatum molle, der vorderen Gaumenbögen und Tonsillen; die Schluckbeschwerden sind dabei sehr gelind.

Die zweite Form der Rachenerkrankung bestand in einer etwas stärkeren Rötung mit Schwellung der ergriffenen Teile; in einzelnen Fällen war die Schwellung so groß, daß sich die Tonsillen fast berührten. Die Schluckbeschwerden waren bedeutend stärker als bei der ersten Gruppe der Angina. Die Lymphdrüsen waren dabei auch geschwollen, was auch bei der ersten Form der Erkrankung konstatiert wurde.

Solche Anginafälle, bei denen ein Belag vorhanden war, rechnet Verfasser zu der dritten Gruppe. Unter 33 bakteriologischen Resultaten fanden sich:

14 mal Streptokokken, daneben vereinzelt Staphylokokken.
8 „ „
1 „ „ daneben wenige Diphtheriebazillen, Staphylokokken, Fränkelsche Pneumokokken und Diplokokken.
8 „ „ daneben andere Kokken.

Zu der vierten Form der Scharlachangina „intoxikationsartige" nach Heubner, „brandige, gangränöse Angina" der anderen Autoren (Henoch, Lüttich, Bohn), rechnet Verfasser die Fälle, bei denen ausgedehnte Gangrän der Rachenorgane eingetreten ist. Nicht nur die Mandeln, Uvula und Velum, sondern auch die hintere Wand des Pharynx sind mit übelriechenden und mit abgestoßenen, in Fetzen herabhängenden, mißfarbigen Massen bedeckt. Hohes Fieber, frequenter Puls, Benommenheit des Sensoriums, bedenkliche Komplikationen finden dabei statt; im beschriebenen Fall: Abscesse, Otitis media purulenta, Thrombose der Arteria poplitea. Aus der Krankengeschichte ist ersichtlich, daß die gangränöse Angina nicht die Hauptgefahr des ganzen Scharlachleidens bildeten, sondern die septischen Komplikationen, welche durch diese Angina hervorgerufen waren. *Fritz Loeb-München.*

Über den Scharlach der Kinder mit besonderer Berücksichtigung des Fiebers, von Heinrich Klose. (Inaug.-Dissert. Straßburg 1903.) Der verschiedene Charakter der Scharlachepidemien, der sich ausspricht in dem Wechsel der Krankheitsintensität und der variierenden Höhe der Mortalität, ist bedingt durch den Prozentsatz und die Schwere der Komplikationen. Ein deutlicher Einfluß der Jahreszeiten ist nicht zu erkennen. Die Infektiosität eines Individuums nach Scharlach kann in Übereinstimmung mit neueren Beobachtungen anderer Autoren entgegen den Angaben Förbringers nach vollständig abgelaufener Desquamation noch wochenlang bestehen. Scharlachrezidive sind zwar selten, jedoch beweisen die Fälle des Verfassers, daß sie gehäuft auftreten können und daß dann das Obwalten eines „Genius epidemicus" angenommen werden muß. Aus den zahlreichen angeführten Temperaturtabellen geht hervor, wie es noch nicht erwiesen ist, daß die Einspritzung von Scharlachrekonvaleszentenserum einen verkürzenden Einfluß auf den Fieberverlauf ausüben, oder das Auftreten von Komplikationen verhüten kann. Auch zeigt die Mortalität gegenüber der anderer Krankenhäuser mit Serumbehandlung keine wesentlichen Unterschiede. Solange es noch keine Allgemeinbehandlung des Scharlachs mit Heilserum gibt, bietet die hygienisch-diätetische Therapie mit Durchführung strikter Bäderanwendung die günstigsten Chancen. In bezug auf die Behandlung der Urämie hält Verfasser die Injektion von Pilocarpinum muriaticum für angezeigt.

Fritz Loeb-München.

Der Einfluß des Urotropins auf die Entstehung der scarlatinösen Nierenentzündung, von Kornel Preisich-Budapest. (*Ther. d. Gegenw.* 1905, Nr. 5.) Gegen die meist gefürchtete Komplikation, gegen die Nierenentzündung hatte zuerst Widowitz als Prophylaktikum das Urotropin empfohlen. Die weiteren Mitteilungen von Schick, Butterbach, Burkhardt und Patschkowski waren aber teilweise widersprechend.

Dazu kann nun P. eine immerhin beachtenswerte Illustration geben, indem er 600 Scharlachfälle mit der gleichen Anzahl aus derselben Epidemie vergleichen kann,

und zwar beide Male aus dem St. Ladislaus-Spitale je 600 von ihm mit Urotropin und je 600 von S. Gerlóczy ohne Urotropin behandelt: also eine gleichwertige Gegenüberstellung und Vergleichsbildung!

Von den 600 mit Urotropin behandelten Scharlachfällen bekamen 55, d. i. 9,16% Nierenentzündung, von den anderen 600 Fällen aber, welche kein Urotropin erhalten hatten, erkrankten an Nierenentzündung nicht weniger als 82, d. i. 13,66%.

Demnach empfiehlt P. das Urotropin als Prophylaktikum der Scharlach-Nierenentzündung beizubehalten und dasselbe am Ende der ersten und der dritten Krankheitswoche drei Tage (dreimal täglich) hindurch zu geben, „ohne Bedenken könnte es wohl auch in der Zwischenzeit zwei bis drei Tage hindurch gereicht werden".

Arthur Rahn-Collm-Sachsen.

Über den Scharlacherreger. Verfasser ungenannt. (*Die med. Woche.* 1905. Nr. 37.) Mallory fand vor zwei Jahren in der Haut von an Scharlach Verstorbenen kleine Protozoen von unregelmäfsiger oder rosettenartiger Form, die er als Erreger des Scharlachs ansah. Dieselben Körper fand Duval in den Bläschen auf der Haut lebender Scharlachkranker. Diese Beobachtungen werden nun entwertet, indem Field kürzlich dieselben Mikrobien nicht nur bei Scarlatina, sondern auch bei Masern fand; er hält die Körper für degenerierte Leukocyten, denn Leukocyten in Serum suspendiert zeigten dieselben Körper im Serum, so dafs der Mallorysche Protozoon jedenfalls nicht als Scharlacherreger betrachtet werden kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die protozoenähnlichen, bei Scharlach beschriebenen Körper, von L. R. Thompson-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Juni 1905.) Im Jahre 1904 beschrieben Mallory und später Duval bei Scharlachkranken im Protoplasma der Hautepithelzellen, zwischen diesen und frei in den Lymphgefäfsen und -Spalten des Corium liegende Organismen, die meist einen Durchmesser von 2—5 μ hatten; diese Körperchen wurden nur in vier Fällen im Früh-, niemals im Abschuppungsstadium gefunden. Nach Thompsons Ansicht spricht dafür, dafs es sich um Protozoen handelt, die Morphologie dieser Körperchen (ähnlich den Malaria-Plasmodien); auch wurden sie in normaler Haut niemals gefunden. Obwohl bei Untersuchungen am Harvardschen Institut an 54 Fällen von Scharlach niemals ähnliche Gebilde gefunden und deren wirkliche Bedeutung nicht eher feststeht, als die Reinkultur gelungen sein wird, glaubt Th. doch, dafs es sich bei diesen Gebilden um Protozoen handelt und dieselben eine ätiologische Bedeutung bei Scharlach haben. *Stern-München.*

Eine Bemerkung über „Entlassungsinfektion" bei Scharlach mit ungewöhnlicher Ursache, von H. C. Kidd-Bromsgrove. (*Lancet.* 17. Juni 1905.) Ein zweijähriger Knabe wurde nach einem $7^1/_2$ wöchigen Aufenthalt im Hospital, wo er eine mäfsige Attacke von Scharlach ohne Komplikationen durchgemacht hatte, nach Hause entlassen. Etwa acht Tage später erkrankten zwei in demselben Hause wohnende Kinder und kurz darauf noch ein Kind im Nachbarhause. Die Infektion dürfte nach K.s Ansicht durch ein sich am Tage nach der Heimkehr entwickelndes, nässendes Ekzem am Anus stattgefunden haben. Bei der Entlassung war auf den Nates nur eine einzelne Papel bemerkt worden, welche sich aber nicht weiter entwickelte, und das Kind war auch sonst anscheinend vollständig gesund gewesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Abschuppen beim Scharlach, von D. H. Kyle-St. Andrews. (*Brit. med. Journ.* 11. März 1905.) Verfasser berichtet über einen Knaben, welcher seiner Meinung nach an einer leichten, aber zweifellosen Scarlatina erkrankt war, und nach zehntägigem Aufenthalt im Krankenhaus indessen entlassen worden war, da die Diagnose bestritten wurde. Am elften Krankheitstage war am Halse ausgesprochene grobe Abschuppung vorhanden. Im weiteren Verlauf lösten sich an Händen und Füfsen grofse

Fetzen ab, was erst zwischen der sechsten und siebenten Woche aufhörte. Trotz Schulbesuchs konnte eine weitere Übertragung nicht konstatiert werden. An Nase und Ohren bestand keine Sekretbildung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verbreitung von Streptokokken durch unsichtbares Sputum. Mit Beziehung auf Scharlach und Sepsis, von Alice Hamilton-Chicago. (*Amer. Med Assoc. Journ.* 8. April 1905.) Die Schlufssätze der Arbeit lauten:

Streptokokken werden in unsichtbaren Tröpfchen aus dem Munde herausgeschleudert beim Husten, Sprechen, Flüstern, Schreien oder forcierter Mundatmung. Sie werden auf einer Entfernung von mindestens 36 cm herausgeschleudert.

33 von 50 Scharlachkranken, darunter zumeist Kinder, verstreuten Streptokokken beim Husten, Schreien oder Atmen; von 50 gesunden Erwachsenen verstreuten 42 beim Husten oder Sprechen Streptokokken.

Die so verbreiteten Streptokokken können durch andere eingeatmet werden und zu Komplikationen Anlafs geben, oder sie können bei Operationen auf die freigelegten Gewebe fallen und Eiterung verursachen.

Ebenso wie die Virulenz einer bestimmten Streptokokkenart durch Verpflanzung auf besondere Nährböden oder durch die Passage empfänglicher Tiere erhöht werden kann, so kann sie aller Wahrscheinlichkeit nach auch durch Übertragung von einem Menschen auf den anderen erhöht werden.

Auf diese Weise kann man sich die Umwandlung eines einfachen Scharlachfalles in Scharlachsepsis erklären und in gleicher Weise die trotz aller Vorsichtsmafsregeln vorkommenden Fälle von chirurgischer Sepsis.

Scharlachfälle mit Streptokokkenkomplikationen sollten von Fällen ohne Komplikationen isoliert werden.

Ärzte und Wärterinnen sollten während Operationen Schutzhüllen vor dem Munde tragen. *A. Loewald-Kolmar.*

Beitrag zur Behandlung der toxischen Symptome beim Scharlach, von A. K. Gordon-Manchester. (*Lancet.* 3. Juni 1905.) Verfasser hat (wie auch von anderer Seite mitgeteilt ist, Ref.) entschieden gute Resultate gesehen bei der Anwendung eines polyvalenten Antistreptokokkenserums bei schwerer Scharlachinfektion. Das verwendete Serum stammte aus Kulturen von folgenden Streptokokken: S. erysipelatos, S. pyogenes (Empyem und Puerperalfieber und Wundinfektion) sowie von Streptokokken von septischer Tonsillitis und Chorea (?). Er gab anfangs nur Dosen von 20—40 ccm, fand aber später, dafs es am ratsamsten ist, sogleich eine einmalige Injektion von 50 oder 100 ccm zu verabreichen. Von 55 so behandelten Fällen starben 13, ein bei der sonst äufserst ernsten Prognose bei dieser Art von Fällen sehr günstiges Resultat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zum Studium des Scharlachs und des Scharlachausschlags, von Nicolas G. Macridès-Konstantinopel. (*Méd. orient.* 1904. Nr. 21.) In der Therapie des Scharlachfiebers widerrät der Verfasser vor allem den Gebrauch von Medikamenten, weil sie, wenn nicht schädlich, so doch wirkungslos sind. Das Hauptaugenmerk ist auf die Nieren zu richten. Ihre Tätigkeit mufs vor allem geschont werden. Aus diesem Grunde sehe man von Senfbädern ab, die man oft im Anfang der Scarlatina zur Erzeugung des Ausschlags gibt. Man gebe einfach lauwarme Bäder und das artefizielle Serum neben antiseptischer Behandlung von Mund und Nase. Den Segen der Einspritzungen von Serum beobachtete Verfasser im Jahre 1900 bis einer Scharlachepidemie in Tadavla. Von inneren Heilmitteln empfiehlt Verfasser höchstens das zitronensaure Coffein als Herztonikum und Diuretikum. Alle anderen Mittel sind generell zu verwerfen, einschliefslich des Diphtherieserums, das Albuminurie erzeugt. Die scarlatinöse Angina ist im bakteriologischen Sinne niemals diphtherisch. Bei

der letzten grofsen Scharlachepidemie zu Konstantinopel fanden sich niemals Diphtheriebazillen im Exsudat der Angina scarlatinosa praecox. *Hopf-Dresden.*

Einen Fall von Scharlach, stellt SALGE in der Sitzung der Gesellschaft der Charité-Ärzte vom 22. Juni 1905 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 34) vor. Es handelt sich um eine Amme, welche das Kind ruhig weiter stillte. Die Milch blieb nur wenige Tage aus, schon nach zehn Tagen konnte das Kind wieder angelegt werden, ohne dafs eine Infektion des Kindes erfolgte. In der Diskussion bemerkt MEYER, dafs doch bei schweren Scharlachfällen eine Möglichkeit einer Streptokokkensepsis für das Kind bestehe. SALGE betont, dafs wohl eine Streptokokkeninfektion möglich ist, aber nicht durch die Milch der Amme, ein Weiterstillen sei nach seiner Ansicht daher stets ungefährlich bei sonstigem Wohlbefinden der Amme. FINKELSTEIN schliefst sich dem an, dafs die Gegenwart von Mikroorganismen in der Frauenmilch keinerlei Bedenken hat in bezug auf die Ernährung des Kindes, wenn man nur dafür sorgt, dafs das Mundepithel frei davon bleibt. Die Milch als solche gefährdet die Kinder nicht. Auch HAUSER teilt die Ansicht; er hält es für sehr wesentlich, wenn die Milch zeitweilig versagt, doch das Kind wieder anzulegen, sobald wieder Milch da ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Therapie des Scharlachs, von ROBERT QUEST-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.) Die in CZERNYS Kinderklinik angestellten Versuche mit BUJWIDschem und MOSERschen Scharlachserum haben eine günstige Beeinflussung des Scharlachverlaufs nicht erkennen lassen. Bei dem BUJWIDschen Serum waren Nebenwirkungen recht häufig, besonders Infiltrate an der Injektionsstelle, die mehrfach chirurgisches Eingreifen notwendig machten. Eine entschiedene Einwirkung auf die Fieberkurve war sehr selten. Die Entwicklung des Exanthems wurde nie verhindert, auch die Entzündung der Rachenorgane nahm trotz der Injektion ihren weiteren Verlauf. Besserung des Allgemeinbefindens konnte nur in wenigen Fällen konstatiert werden. *A. Loewald-Kolmar.*

Weiterer Beitrag zur Frage der Behandlung des Scharlachs mit Ichthyol, von W. A. LAWROW. (*Dtsche. Med.-Ztg.* 1905. Nr. 41.) In Analogie der Ichthyolbehandlung eines Falles von Pocken bei einem 18—20jährigen Patienten, wo Ichthyolpinselungen merkwürdigerweise keine Temperatursteigerung und kein Jucken zustande kommen liefsen, benutzte A. im gleichen Sinne das Ichthyol bei Scharlach während einer heftigen Epidemie und erreichte damit eine schnellere Desquamation als gewöhnlich und im akuten Anfalle eine zeitliche Verkürzung und Milderung der Intensität. Von Wichtigkeit aber ist, dafs die Besserung meistenteils nur in denjenigen Fällen eintritt, wo die Behandlung am zweiten oder dritten Krankheitstage eingeleitet werden konnte, d h. zu einer Zeit, zu der das Exanthem noch nicht besonders stark ausgesprochen war.

Schon M. S. NASAROW-Archangelsk (vergl. das Referat *dieser Zeitschrift!*) hatte kurz vorher das Ichthyol bei der Scharlachbehandlung empfohlen, aber in ganz anderem Sinne, und zwar innerlich.

LAWROW aber verwendet das Ichthyol in Form von Pinselungen des ganzen Körpers, die er zweimal täglich, morgens und abends wiederholt. Für zwei Tage verordnet er folgendes Rezept:

℞ *Ichthyol* 2,5
Aq. dest.
Glycerini ana 25,0.
D. S. Zu Pinselungen an zwei Tagen!

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Ein Beitrag zur Masern- und Scharlachbehandlung, von Kleinmüller-Strehlen. (*Ärztl. Praxis.* 1904. Nr. 23.) Verfasser hat seit 1900 in 40 Fällen von Masern und 10 Fällen von Scharlach die Behandlung im roten Zimmer angewendet, wie sie durch Finsen für die Variola empfohlen worden war. Er hat den Eindruck, dafs das rote Licht für die Erreger beider Infektionskrankheiten stark bakterizid wirkt. Bei der Lichtscheu der Masernkranken wirkt das rote Licht auch wohltuend für die Augen. Von allen 50 Kranken starb nur ein schwächlicher Junge von 1½ Jahr, der eben erst von einem schweren Brechdurchfall genesen war, an doppelseitiger Lungenentzündung. Die Rotlichttherapie möchte Verfasser lebhaft empfehlen.

Hopf-Dresden.

Bakteriologische Untersuchungen bei Masern, von Borini. (*Rif. med.* 1905. Nr. 25.) Der Verfasser hat aus dem Blute, dem Bronchial- und Konjunktivalsekrete von Masernkranken im Augenblicke der höchsten Fiebertemperaturerhebungen einen Bacillus kultiviert, der nach seiner Meinung bei keiner anderen Affektion gefunden worden ist. Die direkte Blutuntersuchung ergibt ein negatives Resultat, indem die Pilze erst nach etwa 36 Stunden in den Kulturen nachzuweisen sind. Auf Gelatine entwickelt er sich nicht, wohl aber auf Glycerinagar und defibriniertem Blute, ebenso auf Agar mit Eigelb, am besten aber auf einer Mischung von Fleischbrühe und Blut mit Eidotter. Der Pilz ist kurz, dünn, meist zu zweien gruppiert, färbt sich schwer mit Anilinfarben, wird durch Gram entfärbt. Die Injektion von Kulturen dieses Bacillus in die Trachea, die Pleura- und Peritonealhöhle erwies sich als tödlich für Tiere; subcutan injiziert oder nach Filtration durch Kerzen bleibt er ohne pathogene Wirkung.

C. Müller-Genf.

Beobachtungen über Masern, von Anna Caplan. (Inaug.-Dissert. Zürich 1904.) Im Züricher Kinderspitale wurden vom Jahre 1874 bis 1902 175 Masernfälle = 1,96% der Gesamtzahl aller aufgenommenen Kranken (8921) beobachtet. Von diesen 175 Fällen wurden nur 85 = 48,6%, also weniger als die Hälfte, wegen Masern oder deren Komplikationen ins Kinderspital aufgenommen, während die übrigen 90 = 51,4% wegen anderer Krankheiten ins Spital kamen. In 56 Fällen dieser letzteren = 32% der Gesamtzahl aller Masernkranken wurden die Masern im Spitale erworben, die übrigen 34 brachten dieselben von auswärts mit. Im ganzen handelt es sich also um 56 = 32% Hausinfektionen und 119 = 68% auswärtige Infektionen. Die grofse Zahl der Hausinfektionen ist wieder ein Beweis für die Kontagiosität der Masern und erklärt zur Genüge die Abneigung der Anstaltsleiter gegen die Aufnahme masernkranker Kinder. Die Hausinfektionen waren meist von wegen anderer Affektionen aufgenommenen Kindern verursacht, welche sich gleichzeitig im Inkubationsstadium der Masern befanden, deren Infektionsquelle oft nicht nachzuweisen war. Unter dem Material befinden sich zwei Fälle, bei denen schon im Prodromalstadium eine Pneumonie auftrat, welche dasselbe sehr in die Länge zog und das Ausbrechen des Exanthems verzögerte. Verfasserin hat fünf Fälle von Masern mit Scharlach beobachtet, und waren in zwei davon Scharlach nach Masern und in drei Masern nach Scharlach aufgetreten. Im ganzen waren 30 Fälle von Kehlkopfaffektionen = 17,1% und 17 Fälle von Rachenerkrankungen = 9,7% zu verzeichnen. Die Mortalität betrug bei den Kehlkopferkrankungen 17 = 56,7% und bei den Rachenerkrankungen 6 = 35,3%. Eine leichte Bronchitis catarrhalis fand sich wie die Rhinitis catarrhalis in allen Fällen. Verfasserin zählt dieselbe nicht zu den Komplikationen. Die weitaus häufigste Komplikation war die Bronchopneumonie, welche im Gegensatz zu den laryngitischen Erkrankungen erst gegen Ende des Exanthems und meist sogar nach Abblassen desselben auftrat. Bei der Bronchopneumonie zeigten sich in der Regel zuerst beide Unterlappen ergriffen. Es wurden 45 Fälle = 25,7% von Bronchopneumonie beobachtet, davon

verliefen 32 = 71,1% letal. Die croupöse Pneumonie findet sich bei Masern viel weniger häufig als die katarrhalische. Das angeführte Material weist nur fünf Fälle = 2.9% von croupöser Pneumonie auf, zwei nahmen einen letalen Ausgang. Zwei Fälle von croupöser Pneumonie waren dadurch bemerkenswert, dafs sie schon im Prodromalstadium auftraten und dasselbe sehr in die Länge zogen. Ein Fall ist besonders interessant, da derselbe zwei maligne Rezidive der Pneumonie zeigte. Zu der bei Masern manchmal beobachteten Gangrän der Haut sind besonders schwächliche und schlecht genährte Kinder disponiert. Von fünf solchen Fällen verliefen drei letal. Von weiteren Hauterkrankungen waren zu konstatieren:

Abscesse	in	3 Fällen
Furunkulosis	„	1 Fall
Ekzem	„	1 „

Von den beobachteten 175 Masernfällen starben 35 = 21,8%; die grofse Mortalität der Masern im Krankenhause erklärt sich daraus, dafs meist nur schwere, komplizierte Fälle zur Aufnahme gelangen. Von den 35 Gestorbenen waren 20 Knaben = 21,1% der Gesamtzahl aller Knaben und 15 Mädchen = 21,1% der aufgenommenen Mädchen. Die meisten Todesfälle fallen in die Monate Januar und Februar, und die gröfste Sterblichkeit an Masern wird in dieser Jahreszeit beobachtet, da in derselben die Erkrankungen der Respirationsorgane und besonders die Bronchopneumonie häufig auftreten. *Fritz Loeb-München.*

Masernepidemie mit gastro-intestinalem Typus, von Gillard-Tours. (*Lyon méd.* 1905. Nr. 17.) G. berichtet über eine kleine Masernepidemie, die durch das Vorherrschen gastro-intestinaler Störungen einen ganz eigenartigen Charakter hatte. In 18 von den beobachteten 25 Fällen wurden gallige, grünlich gefärbte, aufserordentlich fötid riechende diarrhoische Stühle entleert, in 8 von diesen 18 Fällen aufserdem gallige Massen erbrochen. Die Magen-Darmstörungen stellten sich meist schon am zweiten oder dritten Tage, manchmal aber erst am achten bis zehnten Tage nach Beginn der Eruption ein, ihre Dauer schwankte zwischen 2 und 19 Tagen; das Erbrechen begann und endete häufig zu gleicher Zeit wie die Diarrhoe. 8 von den 18 Fällen waren schwerer Art, 4 von diesen 8 endeten letal, und zwar 3 in Hyper-, 1 in Hypothermie; 6 von den 8 schweren Fällen waren durch Bronchopneumonie kompliziert. Dafs die gastro-intestinalen Erscheinungen durch eine sekundäre Infektion des Darmtraktus bedingt waren, hält G. nicht für wahrscheinlich; er glaubt vielmehr, dafs es sich um eine „epidemische gastro-intestinale Form der Masern" gehandelt habe.
Göts-München.

Atypischer Masernverlauf, von Ernst Hamburger-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 21.) Das Atypische des Falles bestand darin, dafs zwischen der Feststellung der Koplikschen Flecke, die gleichzeitig mit einigen Hauthämorrhagien aufgetreten waren, bis zum Ausbruch des eigentlichen Masernexanthems sechs Tage vergingen, während deren das Kind andauernd sehr hoch fieberte und sehr flüchtige Erytheme an den verschiedensten Körperstellen bekam. Vom Ausbruch des Exanthems an normaler Verlauf. Den Masern waren Varicellen unmittelbar vorausgegangen.
A. Loewald-Kolmar.

Über Nephritis morbillosa, von Freifeld-Charkow. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 13.) Kasuistische Mitteilung eines Falles von Nephritis nach Masern. Ausführliche Literaturangabe, sonst ohne Interesse.
Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Cerebrale Erscheinungen bei Masern, von G. J. Branson-Edgbaston (*Brit. med. Journ.* 29. April 1905.) Es wird über ein zwölfjähriges Mädchen berichtet, bei welchem am vierten Tage des Ausschlags bei gelindem Fieber ganz plötzlich all-

gemeine Krämpfe und Bewufstlosigkeit einsetzten. Letztere hielt $2^1/_2$ Tage lang an; nachher war die Genesung eine vollständige. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Kenntnis des klinischen Verhaltens der Mundhöhle bei Masern, von Ch. Guérin. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 157.) Die Arbeit ist in der Hauptsache eine kasuistische und bringt keine Besonderheiten.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von nekrotischer Stomatitis im Gefolge von Masern und Pneumonie, von M. Goepp-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Aug. 1905.) Bei einem Kinde von 20 Monaten entwickelte sich auf der Wangenschleimhaut nach elftägigem Kranksein an Masern und pneumonischen Erscheinungen ein $1^1/_2$ Zoll langer und $^1/_4$ Zoll breiter Gangränschorf von weifser Farbe und sehr derber Beschaffenheit. Etwas Induration war in der Umgebung zu bemerken und auf der Aufsenseite an der Wange ein kleiner blauroter Fleck. In Narkose wurde zunächst mit NHO_3 geätzt und nachher wegen ungenügender Wirkung curettiert und mit Paquelin geätzt. Nach einigen Tagen erholte sich das Kind. Aus dem nekrotischen Gebiet wurden folgende Mikroorganismen gewonnen. Diphtheriebazillen, Staphylococcus albus, Streptococcus pyogenes. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Gleichzeitiges Auftreten von Masern und Varicellen bei demselben Patienten, von T. S. Short - Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 25. März 1905) Bei einem vierjährigen Knaben, welcher mit wohlausgeprägten Erscheinungen von Masern in Behandlung gekommen war, zeigten sich am folgenden Tage zwei unzweifelhafte Varicellenbläschen. Tags darauf war ein reichlicher Nachschub aufgetreten. Beide Affektionen verliefen in gutartiger, aber ganz typischer Weise nebeneinander.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beobachtungen über Rötelnepidemien, von H. Bahrdt. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 20.) Bericht über die Beobachtungen, die bei drei Rötelnepidemien in Marburg gemacht wurden. Das Krankheitsbild war in den drei Epidemien zum Teil recht verschieden. Im Gegensatz zu den ersten beiden Epidemien liefs die dritte in den meisten Fällen am ersten Tage ein deutliches Exanthem erkennen. Fünfmal war es auffallend circumskript: neben der Raphe des harten Gaumens waren dunkelrote, 2—3 mm grofse, halbmondförmig gruppierte Papeln zu sehen, die bei einem Kinde viele Tage sichtbar blieben. Auch bei mehr diffusem Exanthem oder gleichmäfsiger Rötung war der harte Gaumen oft längere Zeit besonders deutlich mit Knötchen besetzt. Das zeitliche Auftreten und das Aussehen des Exanthems war den Fällen der einzelnen Epidemien ziemlich gleich, aber bei den drei Epidemien verschieden. Bei der ersten traten die Flecke gewöhnlich zuerst im Gesicht auf, bei der zweiten zeigten sie sich in der Mehrzahl der Fälle am ganzen Körper zerstreut, zuweilen sicher nicht zuerst im Gesicht, zuweilen am ganzen Körper gleichzeitig. Die Flecke waren bei der ersten und dritten Epidemie blafsrot, ziemlich gleich grofs (1—4 mm), dicht stehend, rund, nicht deutlich erhaben, bei der dritten dagegen dunkelrot, mehr einzeln stehend, unregelmäfsig begrenzt, zuweilen urticariaähnlich und wesentlich gröfser (bis zu 2 cm). Auch die Dauer des Exanthems, die Höhe und der Verlauf des Fiebers waren in den drei Epidemien recht verschieden. Besonderes Interesse boten einige Fälle ohne Exanthem, das Vorkommen Koplikscher Flecke, die in zehn Fällen am ersten bis dritten Tage der Eruption, aber niemals vor dem Exanthem beobachtet wurden, und einige zweifelhafte Rezidive.

Auf Grund der Polymorphie der Röteln eine Trennung in verschiedene selbständige Krankheiten vorzunehmen, hält B., solange die Ätiologie noch ganz unbekannt ist, nicht für angezeigt. *Götz-München.*

Eine abnorme Epidemie (Rubeola?), von W. HARTIGAN-London. (*Brit. med. Journ.* 15. April 1905.) Verfasser erwähnt das epidemische Auftreten einer exanthematischen Erkrankung in einem Schülerpensionat. Etwa 50% der Insassen erkrankten. Der Ausschlag dauerte in manchen Fällen nur einige Stunden, in anderen einige wenige Tage lang, war scharlachartig oder fleckig und hatte bei etwa einem Drittel der Patienten Abschuppen im Gefolge. Daneben kamen etliche Fälle von Abschuppen vor, ohne dafs die Betreffenden sich bewufst waren, irgendwie krank gewesen zu sein. In manchen Fällen bestand mäfsige Angina. Temperaturen bis 38° scheinen nicht überschritten worden zu sein. Unter den zugezogenen Ärzten herrschten Meinungsverschiedenheiten über die Diagnose. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein neues, als selbständig erkanntes akutes Exanthem, von DIONYS POSPISCHILL-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 25.) Seit seiner ersten Veröffentlichung (*dieselbe Wochenschr.* 1904. Nr. 7) hatte P. weitere Fälle zur Beobachtung bekommen, die untereinander wieder bestimmte Variationen nötig machten, aber auch typisch in ihrer Art, illustrativ und daher streng abzutrennen von den bisher bekannten Exanthemen. Die Momente der Unterscheidung geben der Ausschlag selbst, die Art seines Entstehens und Vorgehens und in erster Linie sein Aussehen zu seiner Blütezeit.

Das erste Exanthem (bei einem 11- und 13jährigen Kinde) entspricht dem „STICKERschen Erythema infectiosum" — gemeint ist hier das nach dem zuerst beobachtenden Autor, TH. ESCHERICH, genannte Erythema contagiosum — und tritt mit Fieber und Mattigkeit an den unteren Extremitäten und spärlich am Rumpfe auf, indem es das sehr gedunsene Gesicht teilweise freiläfst; nur kleine, höchstens hanfkorngrofse, kaum erhabene, frisch rosenrote Flecken erstrecken sich von den Wangen her bis auf den Nasenrücken, sonst aber sind Nase, Lippen und Kinn nahezu frei von Exanthem. Sehr üppig ist der Ausschlag an der äufseren und vorderen Fläche der Oberschenkel, der Streckseite beider Oberarme und des rechten Unterarmes entwickelt; die Konjunktiven sind leicht injiziert und am weichen Gaumen ist ein ringförmiges Exanthem angedeutet. Nach acht Tagen zeigt sich schon eine in kleinen Blättchen erfolgende Schuppung an den oberen Extremitäten und Oberschenkeln.

Die zweite Form ist scharlachähnlich und „ist möglicherweise identisch mit dem von TRAMMER als Skarlatinois beschriebenen Exanthem"; sobald es im Abblassen begriffen ist, dann mag vielleicht eine Verwechselung unmöglich sein, aber sonst ist der Ausschlag aus stecknadel- bis hanfkorngrofsen Flecken zusammengesetzt und wie Scharlach über den ganzen Körper verbreitet, und er unterscheidet sich nur durch eine gröbere Zeichnung und durch das Fehlen jeden lividen Tones, ferner fehlt stets die Angina, und die Temperatur scheint nie hoch anzusteigen.

Die masernähnliche Form ist eine vollendete Kopie der Morbillen, und auch die Beziehung zum „Erythema infectiosum" (contagiosum) ist näher. P. beobachtete dies Morbilloid bei drei Kindern, und zwar bei kleinen Kindern, denn das „Morbilloid ist das Erythema der kleinen Kinder", und je jünger das Kind, desto masernähnlicher das Bild, sagt P. In drei Familien z. B. erkrankte nur der Säugling allein an diesem Ausschlage, die älteren, nicht gemaserten Kinder blieben gesund. P. schlägt vor, diese in den drei eben besprochenen, so sehr differenten Bildern, dem „Erythema infectiosum" (contagiosum), „Skarlatinoid" und „Morbilloid" in Erscheinung tretende Krankheitseinheit Exanthema variabile zu nennen, um die zu wenig sagende Bezeichnung „Erythem" zu vermeiden und den einzig dastehenden Formenreichtum auszudrücken.

Das vierte Exanthem, von dem hier nur ein Fall genauer aufgeführt ist — die beiden anderen sind schon in der „vorläufigen Mitteilung" (s. o.) erwähnt —, ist zunächst mehr scharlachähnlich, unterscheidet sich aber von Scharlach durch eine sehr

weiche Zeichnung, ein eigenartiges Bräunlichrot und eine scheinbar gleichmäfsige, aber flüchtige Röte; im Gesicht fehlt die quaddelförmige Röte der Wangen, und das unterscheidet vom „Erythema infectiosum“ (contagiosum) und Skarlatinoid. Es zeigten sich auch Tonsillenbeläge.

P. gibt die Möglichkeit zu, dafs dies letzte Exanthem identisch sein könne mit der Rubeola scarlatinosa Filatows, jedenfalls aber ist es von Scharlach abzutrennen. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Verschiedenes.

Welches ist der richtige Standpunkt des medizinischen Standes gegenüber dem sozialen Übel? Von Howard A. Kelly-Baltimore. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 4. März 1905) Man darf dem „sozialen Übel“ (Euphemismus für „käufliche sexuelle Ausschweifung“) weder gleichgültig gegenüberstehen noch versuchen wollen, es durch gesetzliche Mafsnahmen zu bekämpfen. Diese letzteren haben in Frankreich und Deutschland dahin geführt, dafs man dort moralische Reinheit gar nicht mehr kennt und geradezu verachtet! „Sollen wir“, ruft Verfasser emphatisch aus, „auch dahin gelangen?“ Die Ärzte, die sich bereit erklären, Prostituierte regelmäfsig zu untersuchen, stellen sich auf eine Stufe mit den professionellen Kindesabtreibern! Der einzig aussichtsreiche Weg ist der moralische Kampf, indem das persönliche Verantwortlichkeitsgefühl in jedem Menschen in eine möglichst hohe moralische Stufe gehoben wird. *A. Loewald Colmar.*

Übertragung der Bartflechte beim Rasieren ist strafbare Körperverletzung. Übertragung der Bartflechte durch ein Rasiermesser, das gar nicht oder nicht gehörig gereinigt ist, ist fahrlässige Körperverletzung. So lautet ein Urteil des Landgerichts zu Eisenach, das den Schuldigen zu einem Monat Gefängnis verurteilt und jetzt den Sanitätsbehörden mitgeteilt wird. Ein Arbeiter der dortigen (Automobil-) Fahrzeugfabrik betrieb nebenbei Mittwochs, Sonnabends und Sonntags das Barbiergewerbe. Einer der Kunden verspürte einmal am Tage nach dem Rasieren ein Jucken und Brennen am Kinn und am Halse. Die Haut rötete sich. Er zog deshalb einen Arzt zu Rate. Als er sich acht Tage später wieder rasieren liefs, schwoll der Hals an. Der Mann bekam ferner grofse Schmerzen und einen Ausschlag am Kinn und Hals, so dafs er sich wiederum an den Arzt wenden mufste. Es wurde eine Erkrankung an Sykosis festgestellt, die beim Rasieren übertragen worden sei. Der Patient war vier Wochen lang krank und im ganzen fünf Wochen lang arbeitsunfähig. Auch zwei andere Kunden machten dieselbe schlimme Erfahrung. Es wurde angenommen, dafs der rasierende Arbeiter bei der Ausführung seines Gewerbes fahrlässigerweise nicht mit der erforderlichen Sorgfalt zu Werke gegangen sei.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Abolitionistischer Kongreſs in Dresden (Kampfmeyer) 160.
Abscefs 246. 272. 301. 305. 382. 407. 453. 461. 469. 489. 497. 498. 524. 589. 606. 607. 610. 633. 659.
—, lumbaler spondylitischer (Cathelin) 32.
—, retrovesikaler (Nicolich) 63.
—, miliarer 303. 304. 601. 605. 612.
— der Dammgegend und diffuse Phlegmonen (Motz und Bartrina) 448.
—, renaler und perinealer nach Furunkeln und sonstigen kleinen peripheren Eiterherden (Jordan) 487.
Acrodermatitis 148; — atrophicans 561; (Herxheimer) 631.
Addisonsche Krankheit s. Morbus Addisonii 53.
Adenocystoma papilliferum vulvae (Ludw. Meyer) 121.
Adenoma 43. 73. 480. 496. 497. 632.
— bei Hermaphroditismus (Pick) 411.
Adénop. epitrochléennes symmétr. 618.
Adrenalin, interne Anwendung des (Molnár) 320; —, subcutane Anwendung des (Zschech) 215; — -Chlorid bei Hämorrhagien und Angioneurosen der Haut (MacGowan) 263.
Ärztliche Unvorsichtigkeit (Neuhaus) 122.
Äthylchlorid in der Zostertherapie (H. Morrow) 387.
Ätzmittel, Gebrauch der (Chrobak) 219.
Akanthosis nigricans 191; (Hodara) 378.
Akne 23. 53. 97. 102. 186. 190. 216. 217. 221. 223. 238. 264. 278. 384. 392. 397. 447. 576. 582. 590; (Riehl) 575.
— urticata (Waelsch) 67.
— pilaris cicatricielle 99.
—, fötale (L. Jacquet und Rondeau) 389.
— rosacea s. Rosacea.
Akne varioliformis s. Folliculitis varioliformis.
— vulgaris (Cooks) 442; — Ätiologie und Pathogenese der (Daccó) 106.
— -Behandlung (Beschoven) 391; (Candler) 444.
Aknekeloid 224.
Akromegalie 437.
Aktinomykosis 382; (Dreyfus) 395; — und Syphilis (Martinet) 395; —, Mikroorganismus der (Wright) 516; —, Behandlung der (Heinzelmann) 395.
Aktinotherapie (G. J. Müller) 576.
Albuminoide (Strauss) 212.
Albuminurie, physiologische und pathologische (H. Senator) 114.
—, Frage der physiologischen (Leube) 116.
— scheinbar renalen Ursprungs (Huchard und Fiessinger) 116.
— im Kindesalter (Langstein) 116.
—, Bence-Jonessche (Reach) 117.
—, orthostatische (Evoli) 117.
— myelopathica (Moffatt) 117.
Albumosenseife, medizinische (Delbanco) 581.
Alkohol-Silbersalbe (Löwe) 271.
— -Therapie, lokale (Walko) 582.
Alopecia 191. 314. 405. 575.
— areata 23. 278. 335. 444. 449. 517. 527. 576; — durch Zahnaffektionen (Laumonier) 571; —, Lichtbehandlung der (Kromayer) 571.
— arteficialis (Nobl) 246.
— praematura oder praesenilis 404; —, Präventivbehandlung der (d'Amato) 572.
— seborrhoica 573.
Anämie 583.
Anästhesin (Hönigschmied) 269.
Analgesie auf endermatischem Wege (Fürst) 628.
Aneurysma 568.

Angina papulosa 622.
— Vincenti 378.
Angioma 314. 369.
Angioneurotische Entzündung (Kreibich) 449.
Ankylostoma in der Haut (Dubreuilh) 409; (Tenholt) 409.
Ansteckende Krankheiten, akute (Welch und Schamberg) 507.
Ansteckungsquellen bei einigen Hautkrankheiten (Campana) 210.
Anthrasol (V. Mayer) 270; (Meitner) 582; -Bäder (Mibelli) 268, — und Anthrasolseifen (Goldmann) 287.
Anthraxepidemie (Kudisch) 447.
Antipyrinexanthem, seltene Lokalisation eines (Loebl) 595.
Anurie, reflektorische (Zuccala) 451.
Aortenaneurysma (Vix) 344.
Arhovin bei Cystitis (Porocz) 562.
Arsenvergiftung auf Grund einer mikrochemisch-histologischen Methode (Justus) 53.
Arsylin und Protylin (Schaerges) 582.
Arterienverkalkung der Haut und der Extremitäten (Delventhal) 215.
Arteriosklerosis 16. 456. 586; — obliterans 406.
Arthritis 508; — suppurativa 508.
Arzneimittel, Unvereinbarkeiten bei (Devaemont) 208.
Arzt, Stellung des im bürgerlichen Rechtsleben (Hellwig) 213.
— Verantwortlichkeit bei Mitteilungen und Ratserteilung 600.
— und soziales Übel (Kelly) 662.
Asphyxie 545.
Aspirinexanthem (Freund) 283.
Atheroma 336. 345. 638.
Atrichie, universelle kongenitale (Eshner) 410.
Atrophia 191. 192. 369. 450. 468.
— cutis idiopathica 375; (Blaschko) 561; (Dietz) 406; (Oppenheim) 148. 247.
— faciei 325.
— entzündliche, des subcutanen Fettgewebes (Löwy) 371.
Atropin-Intoxikation (Matthews) 643.
Augeneiterung der Neugeborenen (Hess) 470.

Balanitis 232. 238. 244. 447; (Müller und Scherber) 489.
Balanoposthitis circinata progressiva (Burschalow) 447.
Balsamum peruvianum (Unschuld) 275; — bei der Wundbehandlung (Frank) 275.
Barlowsche Krankheit s. Morbus Barlowi.
Basedowsche Krankheit s. Morbus Basedowi.
Becquerelstrahlen s. Radium.
Bekämpfung ansteckender Krankheiten (Berger) 183.
Belladonna Intoxikation (Matthews) 643.
Berichtigung (Lipschütz) 414.
Blase, Fremdkörper der (Worminghaus) 32; (Guyon) 32. 204; (Stakemann) 36; — beim Weibe (Trouvé) 202; —, Abscefs um (Homa) 453; —, Stein um (Blaikie) 36.
Blasendivertikel, angeborenes (F. Meyer) 154; —, Entstehung (Herbting) 33; —, ohne Hindernis für die Harnentleerung entstanden (Serrallach) 167.
— -Geschwülste 29. 632; (Alessandri) 453; (Chworostanski 257; (Fengler) 28; (Guyon) 30; — bei Anilinarbeitern (Rehn) 487; — mit Prolaps durch die Harnröhre (Zimmermann) 29; —, Therapie der (Casper) 28; —, intravesikale Operation der (Weinrich) 487.
— -Geschwür (Leusmann) 444; —, Vernarbungsblutgefäfse bei (Kolischer) 33.
— -Läsionen, Wiederherstellungsprozefs von (Fracassini) 452.
— -Ruptur (Nobe) 33; —, traumatische, intraperitoneale (Pürckhauer) 36.
— -Spülungen mit Formalin (Allen) 96.
— -Steine 448; (Pingel) 31. 453; (Worminghaus) 32; —, ein grofser (Hatch) 36; —, die aus der Kindheit stammen (Guyon) 32; — nach Pfählungsverletzung (Plattner) 31; — um einen Fremdkörper (Blaikie) 36; — und -Varicen (Leotta) 454; — bei Hunden (Harrison) 267; — -Diagnose bei gleichzeitiger Pneumaturie (Bristow) 265; — -Diagnose mittels Röntgenaufnahmen (Haberern) 378.
Blastomykosis 79. 81. 172 382; (Krause) 123 193. 299. 601; (Koehler u. Hall) 172; (Oppenheim) 392; (Unna) 77.
Blennorrhoea 10. 11. 14. 62. 72. 95. 104 109. 110. 167. 170. 181. 185. 235. 238 246. 247. 255. 258. 272. 273. 274. 275 277. 316. 376. 378. 382. 413. 442. 455 461. 462. 464. 465. 490. 492. 493. 497 510. 517. 518. 521. 555. 561. 562. 563 570. 573. 578. 590. 625. 626.
— sonst und jetzt (Finger) 464.
— bei den Dorpater Prostituierten, Abnahme seit 1898 (Ströhmberg) 466.
— -Infektion bei Kindern, besonders in Instituten, Vorbeugung (Holt) 465.
— und Beckenerkrankungen beim Weibe (Warker) 464.
— und Syphilis, Beeinträchtigung der Geburts- und Bevölkerungsziffer durch (Holton) 530.
—, Abnorme Lokalisationen der (Jullien) 204.
— der Sexualorgane und Komplikationen (Finger) 388.

Blennorrhoea des Rektum (Schneider) 469; — und Vulvovaginitis infantum (Flügel) 469.
—, paraurethrale (Winkler) 562.
— der Harnröhre, Behandlung der (Sellei) 256.
Blennorrhoische Arthritis des Ellenbogens (Schwartz) 469; —, Poly- (Diggelmann) 461.
— Balanoposthitis (Terzaghi) 210.
— Beckenperitonitis (Anspach) 465.
— Cavernitis, diffuse (Selenew) 448.
— Conjunctivitis 466. 470; — neonatorum et adultorum, Behandlung der (Fries) 470.
— Endocarditis (Hamilton) 468.
— Epididymitis (Baermann) 489; —, Orchy- (Carcy) 468; —, Pathologie und Therapie der (Horwitz) 468; — und Prostatitis, Behandlung mit Moorbädern und Moorumschlägen (Schmincke) 155.
— Erkrankungen und Gonotoxin (Sowinski) 468.
— Febris acutissima (Blindreich) 461.
— Folliculitis, extragenitale (Jatho) 468.
— Kniegelenkentzündung, Behandlung mit intraartikulären Sublimatinjektionen (L. Galliard) 166.
— Myelitis (M. Bloch) 157; —, Meningo- (Debove) 468.
— Pericarditis (Huber) 468.
— Pleuritis (Lemoine und Galleis) 67.
— Pyelitis und Nephropyelitis (Władimirsky) 470.
— Salpingitis 465.
— Sekrete, cytodiagnostische Untersuchungen der (Max Joseph und M. E. O. Polano) 153; —, Bakterien und Zellen darin (Drobinsky) 463.
— Urethritis 210; (Lebreton) 62. 100.
— bei Knaben (Rudski) 94.
Blennorrhoiker, Geisteszustand der (Ducasse) 467.
Blennorrhoebehandlung (Alexander) 154; (Eichel) 383; (Fischer) 580; (Kornfeld) 475; (Marcuse) 59; (Thompson-Green) 317; (Valentine und Townsend) 474; (Wetherby-Wilkes) 97.
— und Diagnose (MacDonald) 316. 445.
— der Vagina (Daniel) 470.
— der Ehegatten (Asch) 467; — und Ehekonsens (Leven) 87.
— mit Arhovin (Brings) 476; — mit Crurin (Stern) 476; — mit Helmitol (Sigmundt) 476; — mit Ichthargan (Ainsinmann) 476; — mit Zincum sulfuricum oder Silbersalzen (Juliusberg) 475.
— mit Injektionen von heifsem Wasser (Narich) 501; — von Protargol (d'Amato) 104; — von Simplex (Strauss) 564.
Blennorrhoebehandlung, Irrigationsstuhl für die Janetsche Methode (Heidingsfeld) 316.
—, abortive (Berg) 472; — und Prophylaxe (Finger) 471; — nach Blaschko (Block) 472; — beim Manne (Bierhoff) 250.
—, interne (Zechmeister) 472; — mit Gonosan (Lubowski) 474; (Merzbach) 473; (N. Meyer) 474; (Runge) 473; (Zeissl) 474; — mit Helmitol (Sigmundt) 476; — von Metastasen (Lucke) 467.
Blutgifte, Versuche über (Bermbach) 376.
Blutkörperchen, rote, und kollagenes Gewebe bei einigen Dermatosen (Lanzi) 209.
Blutstillung (Benno Müller) 122; — nach Meatotomie (Duhot) 380.
Bogenlichtwirkung auf Chymosin, Chymosinogen und Antichymosin (Schmidt-Nielsen) 159.
Borsalbe und Todesfall (Dopfer) 289; (Harnack) 598.
Bromakne (Leiner) 148.
Bougiekur, inwieweit beeinträchtigt sie die Erwerbsfähigkeit (C. Posner) 155.
Bubonen 221. 235. 272. 277. 388. 448. 490. 561. 617.
— -Behandlung (Barabas) 255; (Ohno) 212; —, besonders mit Salzwedelschen Spiritusverbänden (Sonntag) 397.
Buchweizenexanthem 651; Pathogenese des (Gunni Busk) 159.
Bulbitis 448.
Bursitis 272.

Canities 8.
Cancroid 216. 221. 227. 576.
Carcinoderma pigmentosum Lang (Pollitzer) 368.
Carcinoma 55. 68. 69. 73. 97. 99. 104. 131. 182. 175. 197. 221. 227. 280. 284. 288. 245. 260. 275. 302. 314. 315. 342. 379. 386. 392. 431. 445. 449. 455. 477. 512. 518. 573. 574. 602. 603. 605. 612. 613. 627. 637; (Ehrmann) 244; (Unna) 77; (Waelsch) 151.
— und Immunitätskörper (Gaylord, Clowes und Baeslack) 398.
—, Ätiologie des (Hansemann) 898; (Robertson und Wade) 398.
— der Haut 625. 627. 637; —, eigentümliches (Pollitzer) 368; —, Keratohyalingranula im (Schmeissner) 399; —, Metastasen in inneren Organen (Schridde) 399; — der Schweifsdrüsen primäres (Deichstätter) 399; — des Augenlides (Trousseau) 399; —, mit Röntgenstrahlen behandelt (Gotthold) 228; (Williams) 400; — — und ge-

heilt (Gaucher, Lacrapère und Delherm) 28.
Carcinoma der Seemannshaut 368.
—, Lokalisationspunkte bei (Cheatle) 525.
— der Blase bei Anilinarbeitern (Rehn) 487.
— der Clitoris (Soubeyrau und Bosc) 104.
— der Lippen, des Gaumens und der Nase 175.
— mammae (Hodara) 378.
—, Naevus- 151. 449.
— nasi 510.
— des Hodens (Le Dentu) 70; — nach Trauma (Laskowitz) 70.
— des Penis (Bortscheller) 412.
— der Prostata (Legueu) 501; (Schreiber) 72; — und Knochenmetastasen (Davrinche) 459; —, Radikaloperation des (Lexer) 487.
— des Ureters (Metcalf und Safford) 120.
— der Vulva (Goldschmidt) 460.
— Paget und Röntgenstrahlen (Fordyce) 445.
—, nichtoperative Behandlung des (Schiff) 400.
Cheiropompholyx 170. 171.
Chemie im täglichen Leben (Lassar-Cohn) 388.
Chloasma 523.
Chromhidrosis 525.
Chronic inflammatory disease of many finger-nails 171.
Chylurie (Heuck) 52.
Clavus 370.
Comedo s. Komedo.
Conjunctivitis 245.
Cornu cutaneum 400.
Coryza 636; — der Neugeborenen 204. 262.
Cowperitis 448.
Creeping-Eruption (Shelmire) 632.
Croupöse Pneumonie (Dietrich) 293.
Cuticula, Durchlässigkeit der (Göbel) 178.
Crystallina 510.
Cysten 484. 485. 486; — der Bartholinischen Drüsen und normale Drüsenstruktur (Cullen) 460.
Cystitis 272. 317. 388. 427. 441. 453. 458. 464. 476. 507. 558. 559. 570. 578. 591; (Thayer) 452; —, akuteste (Hirt) 452; — gangraenosa bei der Frau (Staeckel) 34; — und Prostatitis (Martouret) 63; — trigoni der Frau (Heymann) 373; — tuberculosa (Scherb) 30.
Cystitisbehandlung mit Urotropin, Hetralin, Helmitol, Uritone, Gonosan und Arhovin (Porocz) 562.
—, innere (Posner) 34.
Cystoskopie (Casper) 387; (Klotz) 441; —, direkte (Luys) 203; —, einfache Methode (Millet) 27; —, neue Methode der (Cathelin) 498; —, Was leistet sie bei Verletzungen der Blase und Ureteren? (Thumim) 27.
Cystoskopische Bilder, Korrektion der (Denis) 63.

Deckhaarentwicklung der weifsen Maus (Oyama) 177.
Decubitus 272.
Dementia 347; (Westphal) 396.
Dengue (Carpenter und Sutton) 408.
Dermatitis 224. 274; (Ullmann) 148; — durch Pflanzen (Romme) 642; — Atlasholz (Grabham) 643; — Scilla maritima (Erich Hoffmann) 92; — Mesotan (Couper) 643; — Isoform bei Idiosynkrasie gegen Jodoform (E. Hoffmann) 643; — Quecksilber, tödliche (H. Meyer) 645.
— artificialis 588; — durch Eosin (Monod) 65.
— blastomycetica s. Dermatitis coccidioides.
— coccidioides 140. 141; (Montgomery) 264; Mikroorganismus der (Wolbach) 172.
— exfoliativa 190. 192. 374; (Bird) 389.
— herpetiformis 190. 646; (Schattenstein) 648; (Seegall) 51; — im Kindesalter (Bowen) 495.
— papillaris 245.
— praemycotica 435; (Audry) 60.
— praeputialis 483. 485.
— psoriatiformis nodularis 150.
— seborrhoica (Brimacombe) 389.
— tuberosa 136.
Dermatologie und Morphologie, Anatomie und Bakteriologie (Himmel) 446.
Dermatologische Heilmittel, neue (M. Morris) 579.
Dermatosen, Ernährung bei den (Brocq, Desgrez und Ayrignac) 497.
—, autotoxische und alimentäre (Ullmann) 521.
Dermatosyphilopathische Klinik (Calderone) 573.
Dermato-venerologische Impressionen (Falk) 490.
Dermatotherapie, neuere Gesichtspunkte in der (Lassar) 216.
— des Prof. Janowsky in Prag (Samberger) 216.
Dermographismus bei einem Ikterischen (Bollack) 595.
Desmoplasie der Epithelzellen in der menschlichen Haut (Kromeyer) 477.
Diabetes 15. 191. 216. 218. 245. 254. 275. 283. 290. 342. 406. 456. 523. 526. 583. 595.
Diphtherie (Nadler) 653; — der Haut (Bolton und Brewer) 394; — und Scharlach (Ignatowsky) 653; — Serumbehandlung der (Rolleston) 596.

„Dispensario celtico governativo", Statistik des (Ferrari) 574.
Druckfehlerberichtigung 530.
Duodenalstenose (Carl Meyer) 528.
Dymal (Barberá) 583; (Diego) 583; (Fiore) 583.
Dyshidrosis 170. 171.
Dystrophia unguium 171.

Eberthscher Bacillus im Harn Typhuskranker (Fornaca und Meille) 380.
Eisenlicht bei Geschlechtskrankheiten (Breiger) 576.
Ekthyma 578.
Ekzema 17. 28. 60. 93. 149. 150. 173. 176. 186. 189. 190. 192. 210. 216. 223. 224. 228. 242. 253. 272. 274. 275. 278. 279. 288. 294. 328. 374. 433. 436. 444. 450. 490. 508. 522. 523. 526 527. 572. 578. 579. 582. 583. 587. 588. 589. 627. 647. 659; (Moore) 443.
—, Ätiologie und Pathogenese des (Panichi) 106.
— durch Gewerbe 582.
— bullosum 592.
— impetiginosum 582. 586; (Condulmer) 390.
— infantum 273. 287. 588; —, Ätiologie des (Hall) 20. 209; — der Säuglinge (Hall) 384; — universelles 582.
— marginatum 270.
—, nässendes, der Unterschenkel 582.
— papulosum 592.
— en plaques (Ehrmann) 148.
— postcabiosum 274.
— pustulosum 592.
— seborrhoicum 42. 173. 216. 217. 224. 278.
— solare 646. 648.
— squamosum 252.
—, traumatisches 385.
— vesiculosum 592.
Ekzembehandlung und Diagnose (Jessner) 24.
— mit Radiotherapie (Leredde und Martial) 379.
Elastin und Elacin im Epithel (Unna) 77.
Elastisches Gewebe, Degeneration des bei Entzündungen (Opfergeld) 187; — Neubildung des (Silberstein) 120.
Elementare Winke über histologische Untersuchungen (d'Amato) 105.
Elektrizität (Adams) 444; (Bulkley) 97; —, statische bei parasitären Dermatosen (Suchier) 627; — Unfälle durch (Wendriner) 529.
Elektrocystoskop, ein neues (Otis) 168. 411.
Elektrolyse, bipolare, mikroskopischer Befund nach einer (Audry) 318.
Elephantiasis 50. 99. 176. 397. 408.
Elephantiasis bei Dementia praecox (Westphal) 396.
— des Hodensacks (Campbell) 266.
— nach Lymphdrüsenexstirpation (Luiken) 396.
— nostras 553.
— penis (Pullmann) 396.
— vulvae (Schmidt) 122.
Elephantiasisbehandlung (Curl) 498.
Emaskulation, totale bei Krebskranken (Maximow) 373.
Embryonale Verlagerung von Entodermepithel (Ludw. Meyer) 121.
Endarteriitis 552.
Endocarditis 441.
Endophlebitis 553.
Endoskopie, Technik der (Pollock) 58.
Endothelioma 401. 453.
Epidemie, abnorme (Hartigan) 661.
Epidermiszellen, Lebensfähigkeit von (Heinrich Flörcken) 178.
Epididymitis 11. 13. 14. 272. 274. 317. 345. 457. 458. 524.
Epheliden 252. 279. 369. 478. 482. 590.
Epilationsmethode durch Stanzen (Kromayer) 410.
— Kromayers und die Elektrolyse (Kühn) und Erwiderung Kromayers 410.
Epithelioma s. Carcinoma.
Erfrierung 224. 278. 279. 528; (Löwenthal) 288; (Nassauer) 288; (Rommel) 288; — des Doppelkinnes (Grünebaum) 288; —, Behandlung mit Hyperämie (Hanusa) 288.
Ergotismus 651.
Erysipel 91. 132. 221. 271. 277. 323. 490. 528. 553. 589. 592; (Freymann) 395.
— und eiterige Mediastinitis (Brinkmann) 395.
— -Behandlung (Jordan) 442; —, Mitteilung von Franke (Doberauer) 395; — innere Medikation beim (Lotsch) 395; — Augenblicksheilung von (Taylor) 96; — und Antistreptokokkenserum (Jordan) 396; — mit Argentum colloidale nach Feldmann (Löwenheim) 396.
Erythema 192. 244. 245. 281. 294. 297. 298. 322. 352. 369. 374. 378. 433. 435. 476. 496. 522. 523. 529 572. 573. 592. 595. 643. 649. 651. 659.
— centrifugum 449.
— circinatum 322. 596.
— contagiosum 661.
— elevatum et diutinum 319.
— exsudativum ichthyosiforme 374. 375.
— — multiforme 189. 263. 280. 450. 490. 596. 647. 648. 651; (Ullmann) 246; —, Angina und Pleuritis (Epstein) 291; — und Appendicitis (Chenoweth) 291.
— infectiosum 661; (Shaw) 323.
— induratum 105. 372; (Kraus) 248; (Whitfield) 208.

Erythema keratodes 171.
— menstruale gyratum 600.
— mercuriale 619.
— nodosum 185. 189; (Abt) 170; (Hirsch) 84; (Toyama) 507.
— papulosum et bullosum 294.
— polymorphum s. — exsudativum multiforme.
—, rezidivierendes toxisches nach Hydrargyrum salicylicum-Injektionen (Djatschkow) 280.
— rubeoliforme 596.
— scarlatiniforme 389. 596; (Hamilton) 279; — bei Typhus (Pichard) 596.
— und septische Pusteleruption, Urethritis (Saraceni) 210.
— solare 490. 646; —, Urticaria und Ödem (Ward) 292.
— uraemicum 189.
—, urticarielles 596.
Erythrasma 224.
Erythrodermia 150. 435. 522; (Finger) 149.
Erythromelalgie 450.
— und Osteomalacie (Arcangeli) 646.
Erythromelie 561.
Esthiomène s. Ulcus rodens vulvae.
Euguform bei Hautkrankheiten (Dreuw) 241.
Exanthem, neues akutes (Pospischill) 661.

Färbung des Chromatins (Giemsa) 515; — der Spirochaeta pallida (Giemsa) 515; (Reitmann) 516; — der Epithelfasern nach Kromayer (Fischel) 515.
Favus 216. 224. 230. 517. 525. 590.
Febris bullosa 505.
Feigwarzen s. Kondyloma.
Fetron purissimum (Kattenbrencker) 583.
Fibrinurie (Imbert) 500.
Fibroma 51. 52.
— molluscum (Bloom) 402; (Fritz) 402; (Vörner) 624; — multiplex (Fasal) 149.
Fibromyom des Penis 412.
Filaria (Penel) 408; — von Medina 100; — in den Tropen (Ziemann) 407; — Bancrofti 408; — perstans 407. 408.
Filatow-Dukessche Krankheit s. Morbus Filatow-Dukes.
Fisteln, urethro-rektale, nach Prostatektomie (Rochet) 500.
Flughautbildung (Zahrt) 298.
Fluor 483. 485.
Fluoreszierende Stoffe, Wirkung der (Michaelis) 577.
Folliculitis 301. 302. 522. 582. 592. 606.
— artificialis 99.
—, blennorrhoische 204.
Folliculitis nuchae sclerotisans (Ehrmann) 245.
— scrophulosorum 91. 572. 596; (Leiner) 149; (Sachs) 150.
— varioliformis 647.
—, Therapie der (Pospelow) 447.
Fordycesche Krankheit s. Morbus Fordyce.
Formalinonychien und -Dermatiditen, berufliche (Galewsky) 287.
Fragilitas crinium 631.
Framboesia 139. 393; — (Pian) an der Elfenbeinküste (Cannac) 393.
Frisier- und Rasier-Hygiene (Merzbach) 517.
Furunkulosis 106. 190. 192. 221. 272. 287. 490. 576. 578. 589. 659; (Söhngen) 72; — und Abscesse (Jordan) 487; — infantum 279.
—, maligne, des Gesichts und Behandlung (Rosenbach) 486.
— -Behandlung 397; (Beschoven) 391; — mit Cerolin (Meisels und Brauner) 397.
— und Folliculitis, Behandlung mit Hefepräparaten (Kirchbauer) 397.

Gangrän 27. 34. 60. 251. 318. 448. 450. 489. 508. 590. 659. 660; — der Haut 189. 192. 450.
—, Ätiologie der (Róna) 86.
— akute multiple und durch rohe Salzsäure (Zieler) 644.
— der unteren Extremitäten (Kimmel) 406.
— durch Karbolsäure (Herold) 643; (Kenerson) 288.
— spontane akute der Haut des Penis und des Skrotums (Bayer) 34.
— — der Extremitäten (Thiele) 406.
— superfizielle, und Cyanose bei Hämoglobinurie (Kraft) 460.
— symmetrische 287; (Raynaud) 189.
— diabetische, senile, spontane und operative Behandlung (Schmidt) 406.
Gefäfsverkalkung in der Haut (Kenkichi Asahi) 250).
Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten (Juliusberg) 221.
Genitalien-Aplasie (Erb) 121.
—, weibliche, Katarrhbehandlung der (Dührssen) 122.
Geschlechtsapparat und Nase (Reko) 525.
Geschlechtsleben und Alkohol (Hirschfeld) 509; (Rosenfeld) 567.
Geschlechtskrankheiten 184. 491. 600.
— und Ehe (Upshur) 170.
— und Prostitution (v. Düring) 590.
— und ärztliches Berufsgeheimnis (Bernstein) 630.
— — Anzeigerecht (Neisser) 629.
—, zivilrechtliche Bedeutung der (Hellwig) 218.

Geschlechtskrankheiten, behördliche Überwachung der (Kober) 520.
— Bekämpfung der (v. Düring) 493. 565; (Hermanides) 108; (Lesser) 183; (Notthafft) 254; (Ries) 59.
— Prophylaxe (Lesser) 183; (Tandler) 519; (Waldvogel) 25.
— Schutzmittel gegen (Blokusewski) 256; (Feistmantel) 518; (Grosse) 254. 521.
Geschlechtsverkehr, illegitimer (Benninghoven) 492; (Marcuse) 564.
Geschlechtswandlungen und psychische Impotenz (Kiernau) 266.
Geschwülste, traumatische Entstehung der (Carl Baumeister) 187.
Gilchristsche Krankheit s. Blastomykosis.
Gonococcus-Infektion, universelle (Wynn) 461.
— — und Nervensystem (Osokin) 464.
— -Sepsis der Neugeborenen (Brehmer) 461.
— im Blut bei Polyarthritis blennorrhoica (Diggelmann) 461.
— in der Vulvovaginalgegend (Boldt) 461.
— -Metastase in der Haut (Audry) 182. 258.
— -Nachweis, kultureller, und seine diagnostische Bedeutung (Jeckstadt) 462.
— -wuchs auf Fleischpeptonagar (Rotmann) 516.
— -Nährboden (Kusunoki) 211.
— -Färbung (Morel und Dalous) 319; — und klinische Praxis (Fr. Schmid) 182.
— -Impfung und Serotherapie (Moskalew) 462.
— und Meningococcus (Pinto) 462.
Gonorrhoe s. Blennorrhoea.
Gonosan (Passarelli) 492; — bei Cystitis (Porocz) 562.
Gonotoxin und blennorrhoische Erkrankungen (Sowinski) 463.
Graviditätsdermatosen (Nobl) 645.
Gumma 157. 194. 224. 266. 314. 318. 337. 340. 343. 344. 345. 346. 347. 351. 372. 378. 440. 486. 562. 622. 634; — -Impfung (Finger) 244.

Haarausfall (Saalfeld) 404.
— -kuren (Lassar) 575.
Hämaturie als Symptom der Hydronephrose (Bangs) 114; — infolge einer Bougierung (Malherbe) 65.
Hämophilie 547. 552; (Goodall) 284; —, Erblichkeit bei (Romme) 598.
Hämorrhoiden 19. 72. 274.
Hansenscher Bacillus, künstliche Kultur des (Gravagna) 516.
Harn, Semiotik des (Serkowski) 509.
Harnblase s. Blase.
— -und Geschlechtsapparat, physikalische Therapie des (Laskowski) 155.
— -gifte, Versuche über (Bermbach) 376.
— -krankheiten, Balneotherapie der (Posner) 578.
— -leiter s. Ureter.
— -organe, diagnostischer Wert der Uroskopie bei chirurgischen Erkrankungen der (Grosglik) 19.
— -phlegmone (Stefanescu) 33.
— -röhre s Urethra.
— -wege und Nieren, Anästhesierung der (Lavaux) 95.
Haut und ihre Pflege (Wolters) 575.
—, menschliche, als Erreger elektrischer Lichterscheinungen (Sommer) 179; (Neustätter) 179.
Hautbromismus à forme végétante (Troisfontaines) 318.
Hautcylindrom der genio-cygomiatischen Gegend (Bevacqua) 400.
Hautflecke, maulbeerfarbige, und Negerdeszendenz (Ashmead) 446.
Hauthämorrhagien bei Epilepsie (Hänsel) 286.
Hautkomplikationen bei Polyarthritis rheumatica acuta (Riebold) 188.
Hautkrankheiten, chronische (Sterrett) 186.
—, familiäre (Leredde) 571.
— und Gefäßsystem (Hyde und Mc Ewen) 171.
—, Lehrbuch der (Joseph) 269.
—, Handbuch der (Mraček) 213. 637.
Hautkrankheitenbehandlung (Pisko) 444; — mit Hydrotherapie (Bruhns) 577.
Hautnarbe, Neubildung elastischer Fasern in der (von Schröder) 187.
Haut- und Nierenkrankheiten, Beziehungen zwischen (Glaserfeld) 188. 254. 626.
Hautkrankheiten und Krankheiten des Stoffwechsels (Bulkley) 253.
Hautsensibilitätsstörungen bei Milzaffektionen (Signorelli) 524.
Hautsinnesorgane neben dem menschlichen Haar (Pinkus) 180.
Hauttransplantation nach Ollier-Thiersch und Lefort (Morin) 218.
Heifsluftbehandlung, lokale (Lamberger) 221.
Helmitol (Kelemen) 272; — als Harnantiseptikum (Steinbüchel) 272; — bei Cystitis (Porocz) 562; (Tanaka) 507.
— und Urotropin (Guiard) 63. 64. 202. 499. 569.
Hermaphroditismus 640; (Unger) 411; —, seltener Fall von (Hirschfeld) 94; — und Adenoma (Pick) 411.
Herpes 216. 293. 413. 508.
— digitalis, facialis und zoster (Posemann) 293.

Herpes febrilis 450.
— und Ischias (Hans Meyer) 293.
— simplex 450.
— zoster s. Zoster.
Hetralin (Euler-Rolle) 272; — bei Cystitis (Porocz) 562.
— tonsurans s. Trichophytie.
Hirnapoplexie (Wolfrum) 346.
Hirngumma, operative Behandlung des (Voss) 157.
Hodeneiterungen, Histologie (Dalous) 201.
Hodenektopie, Radikalbehandlung der (Imbert) 205.
Hodenlokalisation, eigentümliche (Cohn) 37.
Hodentumoren, maligne (Le Dentu) 70; (Wrobel) 454.
Hodenvereinigung nach Durchschneidung eines Vas deferens (Gatti) 164.
Hohlhandausschläge (Stelwagon) 173.
Homosexualität 97. 640. 641.
Hôpital Saint-Louis (Druelle) 22; (Gaucher) 440.
Hornperlen und ihre diagnostische Bedeutung (Friedmann) 512.
Hufeisenniere (Mundorff) 96.
Hundskrankheit (Taussig) 280.
Hydroa 171.
— vacciniformis 572; (Ikeda) 646; (Malinowski) 293.
— puerorum 294. 495.
Hydrocele (Butler) 454; — -Behandlung (Cumston) 170; (Rupfle) 70.
Hydrops ohne Albuminurie im Kindesalter (Stoeltzner) 598.
Hydrotherapie bei Hautkrankheiten und Syphilis (Bruhns) 578.
Hygiene der Haut, Haare und Nägel im gesunden und kranken Zustande (Riecke) 24.
Hyperhidrosis 171. 287. 582.
Hyperkeratosis (Bering) 370; (Samberger) 249.
— congenitalis 370. 371.
— subungualis 171.
Hypertrichosis, Behandlung der (Williams) 442.
Hypospadieheilung durch Beckesche Operation (Bilhaut) 380.
Hysterie und trophische Störungen der Haut (Faworsky) 290.

Jodapplikation, percutane (Wesenberg) 585; — endermatische und Kataphorese (Senn) 382; — Ausscheidung nach (Lifschitz) 89.
Jodexanthem (Polland) 283; — der Nase (Epstein) 265.
Jodipin (Schönbaum) 273; — -Injektion, Technik der (Pinkus) 414; — (Pelizaeus) 583.
Jodismus (Gundorow) 488.
Jodkalium und Staphylococcus albus (Western) 384.
Jodoformsubstitut (Sommer) 273.
Jodpräparate, neuere (Sellei) 588.
Jodsäure und deren Salze (Macki) 273.
Jothion (Dreser) 585; (Joseph und Schwarzschild) 586; (Schindler) 584; (Volk) 585.
Jridocyclitis 418. 419.

Ichthyosis 43. 50. 148. 173. 191. 370. 371. 374. 375.
— foetalis 571.
— hystrix 373. 374.
Impotenz, psychische (Howard) 266.
Impetigo 186. 391. 416. 490. 578. 582; (Dohi und Kurita) 505.
— contagiosa 190. 213. 216. 505. 506. 507. 518. 586. 647.
— herpetiformis 190. 192. 213. 645.
— streptogenes 506. 507.
— vulgaris 505.
Indikanausscheidung durch die Haut (Gans) 525.
Infektionskrankheiten und Jahreszeiten (Zust) 294.
Initialsklerose 12. 228. 232. 234. 235. 238. 243. 244. 245. 246. 251. 252. 314. 316. 319. 335. 337. 338. 342. 386. 413. 440. 445. 446. 448. 505. 518. 525. 547. 548. 549. 572. 622; (Breakey) 95.
— extragenitale (Friedmann) 340; — der Caruncula lacrymalis 573; — der Mamma (Gravagna) 173. 261.
— am Oberschenkel (Baum) 52.
Inkontinenz, nächtliche (Danforth) 381.
Intertrigo 274. 582. 588; — -Behandlung bei Kindern (Fischer) 443.

Kalomelol (Galewsky) 277.
Karbunkel 137. 190. 576.
Katheterrohre, Katheterhaken und Katheterkorb (Goldberg) 373; — -Sterilisation (Adrian) 57; (Grosse) 563.
Keloid 187. 260. 416. 580.
Keratine (Strauss) 212.
Keratodermia erythematosa symmetrica 171.
Keratoma hereditarium palmare et plantare (Ullmann) 148.
— senile 400.
— subunguale 171.
Keratitis 508.
Keratosis follicularis (Curl) 496; — und pseudofollicularis 249.
— und Exsudationen (Selenew) 373.
— palmaris et plantaris 171.
— der Urethralschleimhaut (Brügel) 413.

Kerne, saure, in der normalen Haut (Hensel) 531; — und in pathologischem Gewebe (Unna) 353.
Keuchhusten (Nadler) 652.
Kleekrankheit 651.
Klinik, die deutsche, am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts 575.
Kohlenbogenlicht, Verteilung bakterientötender Spektralstrahlen im (Sofus Bang) 159.
Koilonychie 527.
Kollagenes Gewebe und rote Blutkörperchen bei einigen Dermatosen (Lanzi) 209.
Komedo 590; —, Akne, Furunkel und ihre Behandlung (Beschoven) 391.
Kondyloma acuminatum 513. 532.
—, breites 233. 349. 587. 622.
—, spitzes 232. 234. 236. 238. 354. 356. 360. 361. 362. 469; (Heller) 625.
Kongreſs, zweiter, der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 162.
Krätze s. Scabies.
Krankenkassen, Beschickung hygienischer Kongresse durch 491.
Krankheiten und Ehe (Senator und Kaminer) 175.
Krebs s. Carcinoma.
Kresolseifenpräparat, festes (Wesenberg) 581.

Lateralsklerose und Pellagra (Testi) 294.
Lathyrismus 651.
Lepra 56. 98. 99. 164. 175. 290. 333. 354. 356. 360. 363. 364. 365. 366. 402. 446. 510. 516. 527. 532. 534. 615; (Rochet und Billet) 60.
Leprabeobachtungen in Zürich (Pekar) 330.
Lepra in Basutoland (Long) 57.
Lepratälle, sieben (Samgin) 57.
Lepra tuberosa 216; —, einheimischer Fall (Ormsby) 330.
— der oberen Luftwege (Hager) 330; (Tichonowitsch) 448.
Leprafrage, neue Gesichtspunkte in der (Deycke-Pascha und Resched-Bey) 328.
Leprastatistik 328
Leprabazillen 56. 329. 330. 331. 333. 363. 365. 366. 368. 510. 534; — und Tätowierung (Mitsuda) 210.
Leprabehandlung, heutige (Serra) 331; — und Pathologie (Rost) 330; — und Ursache (Rice) 96.
Lepraprophylaxe und Reglementierung (Jeanselme) 329.
— und Jodreaktion (Siebert) 56.
Leukaemia 149. 285. 336. 431. 434. 435. 436. 437. 438. 583. 622; — akute 595.
Leukocyten des Trippereiters, Amöbismus und Phagocytose der (M. Favre) 181.
Leukoderma 150; — Lokalisationspunkte bei (Cheatle) 525.
Leukoplakia 223.
— linguae 446; (Dillmann) 391.
Levurinose (Goliner) 273.
Lichen 192. 244. 270. 490. 572.
— acuminatus 250; (Brandts) 397; (Ehrmann) 148; (Sakurane und Okuhava) 507; (Weidenfeld) 149.
— corneus 171.
— hypertrophicus 171.
— planus 149. 190. 216. 228. 281. 444. 527; (Baum) 52; (Bettmann) 90; — und Diabetes mellitus (Er. Hoffmann) 623; —, Schleimhautaffektionen bei (Poor) 623; —, Erblindung nach Atoxylinjektionen bei (Bornemann) 593.
— sclerosus (Er. Hoffmann) 623.
— scrophulosorum s. Folliculitis scrophulosorum.
— simplex chronicus s. Prurigo.
— urticatus 149. 213.
— verrucosus 228; (Ravogli) 171.
— Vidal s. Prurigo.
Licht s. Phototherapie.
Lichterscheinungen nach Reibung menschlicher Haut mit Glühlampen (Lohnstein) und Erwiderung (Sommer) 515.
Lichtsalbenbehandlung (Steiner) 224.
Linsenfleck 479. 481. 482.
Liquor aluminis acetici, Haltbarmachung von (Vörner) 582.
Lues s. Syphilis.
Luftcystoskop, neues (Cathelin) 381. 501; (Weinrich) 498.
Lupinenkrankheit 651.
Lupoid 488. 534.
Lupus 222. 260. 273. 275. 315. 354. 356. 360. 362. 510. 574. 579. 606.
—, Chilblain- s. Lupus pernio.
— disseminatus (Brandweiner) 245; — follicularis (Saalfeld) 53.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— faciei 279.
— hypertrophicus papillaris 392.
— multiplex 333.
— pernio 91; (Ehrmann) 244; (Kreibich) 572; (Spiegler) 245.
— verrucosus 80. 123. 528.
— vulgaris 21. 90. 97. 106. 129. 175. 176. 191. 216. 221. 222. 230. 242. 392. 449. 568. 571. 576. 580. 592. 627; (Ehrmann) 244; (Freund) 149; (Schüle) 446; (Spiegler) 245; — unter dem Bilde des Lupus erythematosus (Thoma) 332.
— — disseminatus (Nobl) 245.
Lupusbehandlung (Unna) 332.
— mit Kaliumpermanganat (Butte) 65

Lupusbehandlung mit Licht (Bering) 334; (Lesser) 334; (Nottebohm) 333.
— mit Röntgenstrahlen (Leredde) 378; (Schamberg) 496.
—, Seroreaktion von Grüber (Cipolla) 333.
— in der Kieler chirurgischen Klinik (Otto) 333.
—, 240 operierte Fälle (Spitzer und Jungmann) 107.
Lymphadenie s. Pseudoleukämie.
Lymphadenitis 272.
Lymphadenoma 439.
Lymphangitis 272.
Lymphangiom der Zunge (Sorrentino) 249.
Lymphfistel (Heuck) 53.
Lymphodermia perniciosa 437.
Lysol-Intoxikationen (Schmelzer) 273.

Masern s. Morbilli.
Mastitis, eiterige, und impetiginöses Ekzem (Condulmer) 390.
Masturbation 19. 36. 160. 164. 381. 412. 443. 456; (Féré) 63.
Malaria 143. 357. 408. 455. 526. 598. 651.
Maul- und Klauenseuche 235; (Siegel) 215.
Malum perforans 99. 275.
— — pedis (Hendriksen) 290; (Kimmerle) 290.
Medizinal-Kalender für das Jahr 1906 637.
Melanom (Johnson) 172. 263.
Melanosis lenticularis progressiva s. Xeroderma pigmentosum.
Mesaortitis gummosa (Beck) 345.
Mesotanausschlag (Wills) 287.
Metakalin, Kresolseife (Wesenberg) 581.
Metall- und Jodionenkatalyse (Schade) 225.
Metaplasie der Urethralschleimhaut (Brügel) 413.
Meningocele, eigentümliche Veränderung der Haut über einer (Wolters) 156.
Migräninexanthem (E. Hoffmann) 595.
Mikroorganismenfärbung, Methode Waelsch und Kraus (Fischel) 371.
Mikrophotographie (Dreuw) 306.
Mikrosporon furfur in den Nägeln (Terzaghi) 210.
Miliaria crystallina s. Crystallina.
Milium 303. 447.
Mitin (Jessner) 578.
Molluscum contagiosum 99.
Morbilli 164. 294. 323. 508. 509. 528. 651; (Caplan) 658; (Guillard) 659; (Nadler) 658.
— Prodromalexanthem (Rolleston) 322; — und Differentialdiagnose (Brüning) 322; (Poynton) 322.
— ohne Exanthem (Salzer) 321; (Schütz) 322.
Morbilli bei Erwachsenen (Oswald) 321.
— mit Rezidiv (Caramano) 321.
—, Pathologisch-anatomische Veränderungen der Nieren bei (Tkatschenko) 323.
— atypische (Hamburger) 659.
— cerebrale Erscheinungen bei (Branson) 659.
— Mundhöhle bei (Guérin) 660.
— -Nephritis (Freifeld) 659.
—, Geschwüre im Gesicht nach (Riedel) 322.
— Pneumonie nach (Bottomley) 323.
— und Pneumonie mit nekrotischer Stomatitis im Gefolge (Goepp) 660.
— und Varicellen gleichzeitig (Short) 660.
—, Bakteriologie der (Borini) 658.
Morbillibehandlung (Klingmüller) 658.
Morbilloid 661.
Morbus Addisonii 397. 429. 523. 568. (Müller) 403; (Wechselmann) 53.
— Barlowi 227. 286.
— Basedowii 283. 523.
— Brightii 189. 190.
— Darieri (Schwab) 401.
— Fordyce (White) 263.
— Morvan 407. 526.
— Quincke s. angioneurotisches Oedema.
— Raynaud 189. 192. 450. 526; (Glass) 287; (Wolff) 286.
— Werlhofii (Mosse) 285.
Myelitis 464.
Myokarditis 456. 508.
Mykosis fungoides 60. 127. 136. 146. 191. 192. 216. 368. 425. 427. 444. 618. 627; (Brandweiner) 415; (Mühsam) 394; (Ramazzotti) 106; (Witkowski) 394.
— — -Behandlung mit Licht (Belot) 394; — mit Röntgenstrahlen (Leredde) 378.
Myoma 632; — der Haut 156.
Myxödema 67. 523.
Myxosarkoma 627.

Naevus 97. 151. 152. 172. 173. 263. 571. 574. 576.
— durus keratoides 318.
— elasticus 89.
— fibrosus niger 318.
— linearis verrucosus (Köhnlein) 411; — unilateralis (Hodara) 89. 439.
— nervosus (Hodara) 39. 87. 439.
— pigmentosus 229. 279. 590; (Audry) 318.
— pilosus 590.
— seborrhoicus 152.
— systematisatus s. — nervosus.
— vascularis 576.
— vasculosus 224. 229. 449.

Naevus, weicher 477. 481.
Nafalan und naphthahaltige Salben (Rohleder) 274.
Nagel, Abstofsen des (Porosz) 82; — -Veränderungen nach akuten Krankheiten (Eger) 528.
Narben, hypertrophische 580; — -Bildungen und Regeneration (Beitzke) 404.
Naturheilbewegung (Nissen) 298.
Naturzweck (Ferdy) 491.
Nephritis, akute eitrige interstitielle (Goltmann) 440; — dyspeptische Störungen bei (Tánago) 459.
— -Behandlung, chirurgische (Pauchet) 68; (Yvert) 100.
Neurofibromatosis 149. 402. 571. 625; (Saalfeld) 52; (Steiner) 401.
Nicht parasitäre Hautkrankheiten, Behandlung der (Kromayer) 216.
Nieren- und Hautkrankheiten (Glaserfeld) 188. 254. 626.
— -blutung (Schenck) 121.
— -diagnostik, funktionelle (Reydel) 154.
— -Sekretion und -Exkretion, krankhafte (Cathelin) 204.
— -Spannung mit Albuminurie (Harrison) 266.
— -Tumoren, maligne (Guyon) 204.
Noma, Ätiologie des (Akijama) 394.
Novargan (Lucke) 255.
— (Hoessle und Graeter) 274.

Oedema 172. 325. 374. 377. 378. 379. 391. 396. 451. 508. 529. 549. 573. 591. 593. 598. 615. 616. 644; (Eschweiler) 594; (Loeper und Laury) 281.
—, Histologie des (Ziegler) 593.
— bei Hysterie und Epilepsie (Roué) 282.
—, akutes (Roth) 282.
— angioneurotisches 450. 571; (Armand und Lavronal) 315; (Steiner) 281; (Zilocchi) 595.
— circumscriptum 189. 192.
— —, akutes, mit orthostatischer Albuminurie (Rubens) 282.
— — — und Urticaria (Weisenhorn) 282.
— indurativum 616. 619.
— scleroticum 616.
—, urticarielles 396.
— -Behandlung (Huchard und Fiessinger) 282; — und -Ursachen (Mann) 594.
Oidiomycosis s. Dermatitis coccidioides.
Onanie s. Masturbation.
Oligurie, habituelle, und reichliche Flüssigkeitszufuhr (Romme) 460.
Onychatrophie 527.
Onychauxis s. Onychogryphosis.
Onychia maligna, tuberculosa und syphilitica (Roth) 528.
Onychogryphosis 171. 526.
Onycholisis foliacea 527.
Onychomycosis trichophytina 525.
Onychonekrosis 526.
Onychopathologie (Nobl) 525.
Onychophagie 527.
Onychosis (Jackson) 386.
Orchitis malarica (Somni) 455.
Osteomyelitis gummosa der langen Röhrenknochen (Landow) 486.
Ozaena 577. 638.

Pagets disease 637; (Tschlenoff) 55.
Panaritium 82. 221. 272. 525.
Papilloma 48. 49. 50. 265. 513. 608. 625. 632.
Papillom der Blase, kompliziert mit Pyonephrose, mit Bemerkungen über die chirurgische Behandlung von Papillomen (Cumston) 29.
Paquelin und Heifsluftapparat mit komprimierter Luft (Bockenheimer) 600.
Paraffinkrebs 368.
Parakeratosis variegata (Csillag) 150.
Paralysis 526. 568.
—, allgemeine 382.
— progressiva 447; — Debatte über die (Leredde) 314; — des Kindes, perivasaler Befund bei (Campana) 209.
Paraplegie 432.
Para- und Perimetritis 464.
Paraurethritis (Churchman) 412.
Paraurethraler Gang mit cystischen Erweiterungen in der Genitoperinealraphe (Spitzer) 413.
Paronychia 272; — verrucosa 528.
Pasten (Pautrier) 220.
Pediculi 191.
Pellagra 447. 646; (Merk) 651.
Pellagra und Lateralsklerose (Testi) 294.
Pemphigus 148. 176. 190. 192. 207. 238. 283. 373. 528. 578. 592. 647; (Schattenstein) 648.
— acutus 505; — neonatorum 505.
— foliaceus 176. 373. 374.
— neonatorum (Folly) 390.
— pruriginosus 99; (Weidenfeld) 149.
— syphiliticus 622.
— vegetans 374; (Bernhard) 394.
Penis-Haut, Abreifsung der (Wood) 444.
— -Schwellung und Lymphabfluſs (Isaac II) 561.
—, Spontanluxation des (Hailer) 412.
— -Tumoren, gutartige (Schulz) 412.
— -Verletzungen (Gross) 412; (v. Grot) 412.
Perniosis 279.
Periprostatitis 448.
Perverse (Bloch) 640.
Petechienausschlag bei Erbrechen (Higginson 284.

Pharmacopoea dermatologica (Jessner) 214.
Phenacetinvergiftung, chronische (Hirschfeld) 284.
Phimose 547. 548.
Phlebitis 272. 488. 489. 553; — precox 331.
Phlegmone 187. 221. 272; (Motz und Bartrina) 448.
— nekrotische des Skrotums (Terzaghi) 210.
— progressive 553.
Phototherapie 108. 332. 333. 334. 391. 514; (Bie) 510; (Bulkley) 97; (Franklin) 221; (Kröhne) 222; (Laqueur) 223; (Möller) 449; (Müller) 576; (Steiner) 224; — in Florenz (Truffi) 107.
—, bakterizide Wirkung der (Bie) 158; (Klingmüller und Halberstädter) 222.
— -Einfluſs auf tierisches Gewebe (Dreyer und Jansen) 159.
— in der Chirurgie (Breiger) 576.
— bei Geschlechtskrankheiten (Breiger) 576.
—, Kompression bei der (Mezerette) 21.
Physiologie des Menschen (Nagel) 268. 639.
Pian s. Framboesia.
Pigment (Scherber) 245; (Vörner) 91.
— -Anomalie der Kopfhaare 252.
— -Bedeutung für hellfarbige Rassen (Solger) 253.
— -Gehalt transplantierter Meerschweinchenhaut (Vogt) 187.
— -Genese in der Epidermis (Grund) 513.
Pikrinsäure bei Hautkrankheiten, besonders bei Ekzem (Meyer) 275.
Pityriasis 588.
— lichenoides chronica (Blank) 561.
— rosea 216. 224. 522.
— rubra 149. 190. 192. 435; (Barthelemé) 389.
— — pilaris 173.
— sicca 572.
Pityriasis versicolor 224. 278. 525.
Plasmazellen 79. 125. 133. 134. 137. 143. 303. 377. 392 401. 489.
Pneumococcus Fraenkel als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen (Picker) 154.
Pocken s. Variola.
Polizeiärztliche Praxis (Kolben) 600.
Polypen 101.
Pompholyx 171; (Crispin) 170.
Porokeratosis (Heidingsfeld) 173; (Mibelli) 257; — systematisata (Mibellii) 377; (Truffi) 257.
Priapismus (Margouhes) 446.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Prostata-Blutungen (Albarran) 96.
Prostata, Echinococcuscyste der Umgebung operiert (Kaveczky) 65. 93.
— elastisches Gewebe in der (Cosentino) 456.
— -Hypertrophie 272. 427; (Akuttu) 507; (Legueu) 74; (Motz und Perearnau) 632; (Yvert) 633; —, Harnverhaltung durch (Syms) 74; — bakteriologische Befunde bei (Dudgeon und Wallace) 73; — Behandlung der (Mohr) 456; (Nicolich) 73. 74; — —, operative (Kümmel) 487; —, Prostatektomie (Quéré) 75.
— -Lymphgefäſse (Caminiti) 569.
— -Sekret (Bering) 88; —, Reaktion des normalen (Schulz) 71.
—, Totalenukleation der im Greisenalter (Freyer) 112.
— -Vergröſserung (Marlow) 171; — Behandlung der (White) 96.
Prostatektomia 500; (Bisell) 171; (Czerny) 487; (Erdmann) 111; (Fuller) 76; (Goodfellow) 75; (Squier) 111; (Verhoogen) 372.
— und die konservativen Methoden (Le Fur) 75; (Young) 457.
— infrapubica (Hensner) 458.
— partialis ignea (Texo) 58.
—, perineale (Ochsner) 383; — unblutige (Tinker) 457; — Technik der (Fowler) 112.
— sekundäre, nach Cystotomie (André) 499.
— totalis transvesicalis subpubica (Carmouze) 75.
Prostatitis 317. 383. 559. 562. 570. 578. 632.
— acuta (Söhngen) 72; —, Harnretention bei (Jullien) 74.
— und Cystitis (Martouret) 63; — und Prostatasekret (Posner und Rapoport) 459; (Rothschild) 459.
— chronica 441; (Notthafft) 72.
— phlegmonosa (Bandli) 73.
Prostatitisbehandlung (Guépin) 68; (Nicolich) 64.
Prostatorrhoe 564.
Prostituierten-Briefe (Eggers-Schmidt) 568; — -Sprache (Hammer) 255.
Prostitution 25. 97. 98. 108. 109. 183. 251. 255. 317. 330. 466. 472. 491. 492. 493. 494. 495. 520. 530. 547. 565. 566. 567. 614. 641. 662.
Prostitution und Prostituierte (Hellpach) 639.
— in Toskana und Sardinien (Mantegazza und Ciuffo) 176.
Prostitutionsfrage (Schulz) 521.
— und Schlafgängerwesen, Wohnungsmiſsstände im (Paul Kampfmeyer) 162.
— -Reglementierung (Hammer) 628; —, medizinische (Janet) 258.

Protylin und Arsylin (Schaerges) 582.
Prurigo 99. 150. 186. 190. 192. 213. 278. 328. 444. 450. 578.
— lymphadenica (Dubreuilh) 496.
— simplex 444.
Pruritus 192. 268. 270. 379. 522. 523. 578. 588. 589.
— proprius (Adams) 444.
— vulvae, Behandlung mit Zinkpaste (Leredde) 168.
Pseudoleukämie 427. 428. 430. 432. 434. 435. 437. 618; (Mosse) 285; (Salomon) 337.
Pseudoxanthoma elasticum Darier (Gutmann) 88.
Psoriasis 23. 102. 148. 149. 176. 190. 216. 217. 221. 223. 229. 230. 238. 243. 270. 374. 444. 490. 526. 572. 578. 580. 588. 592; (Brimacombe) 389; (Nobl) 245.
— cornea 374; (Saalfeld) 562.
— crustosa 374.
— erythematosa 374.
— favoides 374.
— madidans 374.
— vegetans 374.
— vulgaris 564. 590.
Psoriasisbehandlung (Cerulli) 574; (Gerstle) 390.
Psorospermosis 126.
— follicularis vegetans Darier (Bukovsky) 87.
Pterygium unguis s. Onychogryphosis.
Pulmonalarterie, durch zerfallendes Gumma eröffnet (Fittje) 345.
Purpura 189. 192. 263. 285. 286. 549. 550. 551. 552. 554. 592; (Hays) 597.
— bei Scarlatina (Miller) 286.
— annularis teleangiektodes (Brandweiner) 148.
—, chronische (Romme) 598.
— haemorrhagica (Hastings) 597; (Vance) 286; — chronica 598.
—, infektiöse idiopathische (Gerber) 597.
— papulosa (Constantin) 378.
— rheumatica 549; (Oppenheim) 246.
— senilis 355.
— syphilitica 549.
— variolosa 507.
Pustula maligna 447. 490; — cutanea (Scherbakow) 393.
Pyelitis 272. 427. 440. 459.
Pyelonephritis 427. 456.
Pyodermite végétante (Ledermann) 391.
Pyodermitis der Hand 590.
Pyonephrose (Cathelin) 32.
Pyrenol (Fr. Loeb) 586.

Quecksilber und indische Medizin (Dohi) 211.
Quecksilberausscheidung durch die Nieren (Gaud) 277.
Quecksilberglykosurie (Fauconnet) 592.
Quecksilbernachweis, Justussche Methode 489.
Quecksilberniederschläge in den Geweben (Siebert) 85.
Quecksilbersalze, basische (Cox) 277.
Quecksilberstomatitis 226.
Quecksilbervergiftung (Justus) 85; (Wolf) 591; —, akute letale (Sugyen); —, und Operation (Kincheloe) 276.
Quecksilberwirkung (v. Düring) 275.
Quecksilberbehandlung, Einfluss auf das Auftreten der tertiären Lues (Lange) 349.
Quetschwunden 576.
Quinckesche Krankheit s. Morbus Quincke.

Rachitis 437.
Radio-Epithelitis (Dalous und Lasserre) 20.
Radiotherapie bei Hautleiden (Courmelles) 260.
— und Ekzem (Leredde und Martial) 379.
— und Lupus vulgaris (Leredde) 378.
— und Mykosis fungoides (Leredde) 378.
Radium 100. 260. 580. 627; (Desfosses) 577; (Phillips) 577; (Strassmann) 228.
— und radioaktive Stoffe (Papius) 212.
— und Radioaktivität (Bessou) 174.
Raphidenbedeutung (Hoffmann) 93.
Raynaudsche Krankheit s. Morbus Raynaud.
Resorcin-Intoxikation (Kaiser) 592.
Resorption durch die Haut (A. Ziveri) 178; — von Silber (J. Bamberger) 178.
Riesenzellen 36. 106. 127. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 139. 140. 141. 142. 146. 209. 244. 299. 300. 303. 362. 367. 372. 392. 401. 424. 488. 489.
Riesenzelleneinschlüsse (Lombardo) 574.
Ringwurm s. Trichophytie.
Rhinitis atrophica und suppurativa 577.
Rhinophyma 580.
Rhinosklerom (Buschke) 394; (Lichthorn) 394; (v. Zeissl) 575.
— -Behandlung mit Röntgenstrahlen (Freund) 246.
Röntgenstrahlen 20. 21. 23. 143. 145. 156. 174. 212. 221. 227. 244. 246. 260. 332. 369. 373. 379. 390. 395. 399. 400. 401. 442. 445. 496. 514. 579. 627; (Bulkley) 97; (Goff) 575; (Lehmann) 575; (Leonard) 225; (Rosenthal) 224; (Schmidt) 225; (Sengbusch) 227.
— und Carcinom (Gotthold) 228; (Mendes da Costa) 314.
— und Drüsen (Buschke und Schmidt) 226.

Röntgenstrahlen und Hoden (Philipp) 71.
—, Heilung durch (Duhot) 228.
Röntgenstrahlentechnik (Albers-Schönberg) 227.
Röteln s. Rubeola.
Rosacea 23. 224. 229. 278. 449. 578; — und Diät (Leredde) 67; — und Elektrolyse (Fitzpatrick) 265.
Roseola 549. 634.
— annularis (Finger) 150.
Rubeola 322. 323. 508. 509; — -Epidemie (Bahrdt) 660; — — (?) (Hartigan) 661.
— scarlatiniformia 323.
— scarlatinosa 662.

Salben und Pasten (Jessner) 578.
Salbengrundlagen (Katzenellenbogen) 579.
Salicylarsenquecksilber (Martinet) 587.
Salicylbehandlung, percutane (Saalfeld) 586.
Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem (Fr. Loeb) 586.
Salz, Bedeutung des für Pathologie und Therapie (Achard) 499.
Samenbläschenentzündung (Lewis) 455.
Samenbläschenschnitt (Fuller) 267.
Samenstrangtorsion (Abel) 37; (Grunert) 37; (Klingen) 38; —, unvollständige, mit spontanem Rückgang (Mohr) 38.
Santyl, ein neues Antigonorrhoicum (Kaufmann) 555.
Sarkoide (Winkler) 487.
Sarkoma 75. 97. 234. 402. 424. 438.
— der Blase (Wilder) 35; — mit seltener Generalisierung und sarkomatösen Magengeschwüren (Loewenheim) 29.
— der Haut 438. 627; (Migliorini) 267. 574.
— — idiopathicum multiplex haemorrhagicum 200; —, Histologie des (Macleod) 20.
— — — — pigmentosum 637.
— — -Rundzellen (Hug) 401.
— der Lymphdrüsen (Salomon) 337.
—, melanotisches 99.
— subunguale (Roth) 528.
Sarkombehandlung mit Röntgenstrahlen (Sjögren) 401.
Scabies 99. 102. 164. 191. 224. 238. 270. 278. 287. 409. 490. 582. 587; — in den Vereinigten Staaten und Canada (Hyde) 391.
Scarlatina 164. 182. 183. 190. 235. 252. 271. 277. 286. 289. 294. 319. 321. 323. 324. 325. 451. 466. 508. 509. 528. 570. 592. 597. 651; 662; (Allan) 298; (Ignatowsky) 653; (Klose) 654; (Macrida) 656; (Nadler) 653; (Salge) 657; (Seibert) 294. 652.
Scarlatina, Ätiologie der (Siegel) 215. 296; — durch Milch (Thingvall) 296.
— -Diagnose (Ferraby) 297; (Poynton) 322.
— -Erreger (Verf. ung.) 655; (Thompson) 655.
— -Infektion (Kidd) 655; (Littler) 296.
— und Infektionskrankheiten (Zust) 294.
—, Abschuppen bei (Kyle) 655.
—, Sputum bei (Hamilton) 656.
— besonders bei Erwachsenen (Heckel) 294.
— mit Endocarditis und Pericarditis (Spencer) 297.
— und Oesophagus-Stenose (Boas) 319.
Scarlatinabehandlung (Gerdon) 656; (Klingmüller) 658; (Quest) 657.
— mit Ichthyol (Lawrow) 657; — Urotropin (Reisich) 654; — Serum (Ganghofer) 320; — — (Marsh) 319; — — (Spencer) 297.
— und Infektiosität (Pugh) 295.
— und Komplikationen (Fischer) 296.
Scarlatinöse Nephritis und Adrenalin (Molnár) 320.
Scarlatinoid 661. 662; — nach Diphtherie (Marfan) 297.
Schanker, gemischter 377; — und Pseudo- (Erich Hoffmann) 251; — der Urethra, mit irreführenden Komplikationen (Gross) 316.
—, harter, s. Initialsklerose.
—, mehrfacher und nacheinander auftretender (Texier und Molherbe) 378.
—, phagedänischer 279.
—, weicher, s. Ulcus molle.
Schankroid 413.
Scharlach s. Scarlatina.
Schleimhautgeschwüre der Zunge, idiopathische (Schourp) 490.
Schminke, errötende (Helbig) 580.
Schornsteinfegerkrebs 368.
Schrumpfniere 456.
Schweifsdrüsen, färbbare Körnchen in den (Wersiloff) 510.
Schwitzen beim Kauen (Gaucher) 440.
Seborrhoea 106. 216. 217. 278. 384. 405. 517. 587. 588.
— capitis 572.
—, hereditäre (L. Jacquet and Rondeau) 389.
— Histopathologie der (Brimacombe) 389.
Sepsis 27. 324. 336. 349. 395. 461.
—, Sputum bei (Hamilton) 656.
Septikämie 545.
— durch Meningokokken (Martini und Rondel) 596.
Septikopyämie 277.
Sexuelle Abstinenz (Loewenfeld) 164.
— Belehrung der Jugend (Gräffner) 184; — in der Schule 160.
— Neurasthenie 483; (Stern) 256. 492. 564.

Sklerodaktylie 176.
Sklerodermia 176. 191. 450. 522. 523; (Ehrmann) 147; (Herz) 407; (Payot) 407; — und Katarakt (Werner) 407.
— und ihre Pathogenese (Siciliano) 407.
—, Lokalisationspunkte bei (Cheatle) 525.
— diffuse, mit Pigmentierung (Tsuchida) 407.
— streifenförmige (Pinkus) 562.
— neonatorum 191.
— und Behandlung (Vorschütz) 407; — mit Schilddrüse (Ménétrier und L. Bloch) 66.
Sklerom (Zeissl) 575.
Sklerose, kreisförmige, der Finger (Audry) 318.
Skorbut 349. 490. 526. 595; —, infantiler (Morse) 286; — sporadischer (Lohrisch) 285.
Skrophuloderma 106. 128. 176. 224. 568. 595. 606; (Salomon) 332.
Skrophulöse Beingeschwüre und hochfrequente Ströme (Somerville) 332.
Skrophulose 216. 254.
Skrotumabreifsung (Wood) 444.
— -schwellung und Lymphabflufs (Isaac II) 561.
Solbäder, physiologische Wirkung der (Groedel) 221.
Soziale Prophylaxis und Ärzte (Morrow) 382.
Spermatorrhoe 564; (Rochet) 37; — und Behandlung (Lévy) 455.
Spermauntersuchungen, Technik der (Wederhake) 563.
Spiritusverbände (Brugger) 220.
Spirochaeta 53. 99. 101. 102. 169. 206. 207. 268. 337. 489. 505; (Bayet und Jacqué) 379. 572; (Dalous) 378; (Giemsa) 515; (Hallopeau) 439; (Hübner) 627; (Lévy-Bing) 504; (Reitmann) 516; (Sokolow) 622; (Spitzer) 243; — in Schankern (Omeyrat und Soltrain) 505; — bei Syphilis (Sabolotni) 338; (Schaudinn und Hoffmann) 337; (Tschlenow) 338.
Spondylitis (Cathelin) 32.
Spongin (Strauss) 212.
Stanzverfahren nach Kromayer (Paschkis) 243.
Staphylohämie (mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem) (Biland) 524.
Stapalonychie s. Onychogryphosis 526.
Staphylokokkendermatosen (Frick) 266.
Staphylokokkeninfektion, Schanker vortäuschend (Douglas und Montgomery) 445.
Stativ für Cystoskope, Urethroskope usw. (Franck) 373.
Sterilisator, urologischer (Groase) 375.
Sterilisierte Wäsche gegen Hautkrankheiten der Säuglinge (Dennery) 221.
Stomatitis 226. 244. 279. 352. 490. 502. 580. 592. 633.
— aphtosa 450.
— nach Masern und Pneumonie (Goepe) 660.
Stovain in der Dermatologie (Burmann und Tanon) 587.
Streptokokken aus Scharlachanginen und extrabuccalem Primäraffekt, spezifische Agglutination von (Rossiwall und Schick) 182.
Streptokokkenserum (Klein) 271; (Fritz Meyer) 271.
Striae atrophicae (Blaschko) 561.
Strophulus 213.
Subcutanspritze (Frey) 414.
Sublimatvergiftungen (Wolf) 591.
Suspensorienverbesserung (Arthur Strauss) 155.
Sykosis 221. 230. 273. 517. 518.
— -Übertragung beim Rasieren 662; — vom Rinde (Breakey) 171.
— barbae 589.
— parasitaria 151.
— vulgaris 270.
— -Behandlung mit Röntgenstrahlen (Scherber) 156.
Symbiosis Fuso-spirillaris (Vincent) 59.
Syphilid, abnorm grofses, in der Nähe des primären Schankers (Hallopeau und Deroye) 319.
— hämorrhagisches (Kaiser) 339.
— mit hypertrophischen Papeln (Oppenheim) 150.
—, kleinpapulöses (Baum) 52.
—, maculo-papulöses (Leiner) 148.
—, papulöses (Nobl) 245.
Syphilis 53. 75. 76. 91. 95. 98 99. 109 110. 123. 135. 141. 144. 145. 150. 161. 164. 173. 175. 185. 196. 197. 210. 211. 213. 221. 226. 231. 248. 251. 252. 258. 265. 266. 279. 298. 314. 317. 318. 337. 338. 345. 368. 372. 378. 382. 387. 392. 397. 406. 413. 415. 437. 446. 483. 486. 490. 493. 494. 510. 518. 521. 532 561. 566. 568. 572. 573. 576. 577. 578. 583. 586. 587. 592. 595. 600. 622. 647.
—, Ätiologie der (Pasini) 268. 573; (Siegel) 215.
— -Erreger 99; (Barthélemy) 101; (Legrain) 504; (Maratin) 207; (Metschnikoff und Roux) 102. 168; (Pasini) 268; (Ribbert) 338; (Vuillemin) 505; —, Verbreitungswege im Organismus (Hallopeau) 439.
— — s. auch Spirochaeta.
—, experimentelle 103; (Kraus) 337; (Metschnikoff und Roux) 102; (Ravant) 377.
—, Erwähnung der, aus dem XIII. Jahrhundert (Buret) 98.
— -Lehre, strittige Punkte in der (Herbsmann u. Steinborn) 59; (Melwin) 170.

Syphilis und Aortenaneurysma (Vix) 344.
— und Blennorrhoe (Holton) 530.
— und Diabetes insipidus (Grünbaum) 342.
— und Paralyse, allgemeine (Fournier) 67. 169. 206. 262. 503. 636; (Marchand) 348; —, progressive (d'Amato) 69.
— und Phlebitis (Gaucher und Touchard) 22.
Syphilisinfektion des Arztes (Montgomery) 386.
—, Lymphgefäßsystem bei (Bergh) 614.
— durch Säugung (Gravagna) 173. 261; (Pinard) 260.
— durch Zahnbürste (Gaucher) 440.
—, wiederholte (Glawtsche) 446.
Syphilis-Statistik (Rosenberger) 335.
— -Prognose (Aronstam) 264.
—, leichte Frühsymptome und spätere Nervensymptome (Collings) 264.
— und Vererbung (Solger) 155.
— acquisita 335; — und Keratitis parenchymatosa (Wandel) 340; —, Lebensdauer bei (Knabe) 339.
— bucco-pharyngealis (Texier und Malherbe) 378.
— corymbosa 150.
—, frische (Sachs) 148.
— gummosa (Rauscher) 344.
— haemorrhagica (Vörner) 152; — bei Erwachsenen (Weitz) 544; — —, Menorrhagien und Metrorrhagien (Franceschini) 207.
— der Haut 218. 657.
— hereditaria 377. 386. 544. 572. 584. 636; (Variot) 636; — des Auges (Terrien) 340; — mit Hirnhämorrhagien (Bongartz) 346; — tarda (Wechselmann) 52; — und späte Tabes (Bertolotti) 349; — unter dem Bilde der Tuberkulose (Gaucher und Louste) 319; — und Zahndystrophie (Frolow) 447; — und Spirochaeta (Levaditi) 207.
— des Herzens 386; (Falke) 344.
— des Hirns (Wolfrum) 346; (Nacht) 346; —, psychische Begleitsymptome (Zichen) 347; — mit schwerer Psychose (Lewin) 348; —, Lumbalpunktion bei (Krönig) 622; — und des Rückenmarks (Burgdorf) 348; (Knoch) 347.
— der Leber (Danne) 241; (König) 341; (Sundheimer) 341.
— der Lunge (Wermel und Solowjew) 343; —, Pathologisch-anatomischer Befund (Claytor) 344; —, Phthise vortäuschend (Hughes und Wilson) 343.
— maligna (Buschke) 340; (Dreyer) 52; —, Behandlung der (Buschke) 349.
— der Muskeln (Tacelli) 343; — (Technau) 343.
— der Nägel (Roth) 528.
— des Nebenhodens (Ullmann) 10.
— der Nerven (Diederichson) 447.
Syphilis der Niere (Josserand) 263; — im Frühstadium (Haupt) 342; — sekundäre (Malherbe) 98; — im Kindesalter (Pallulon) 342.
—, papuläre 216.
— pustulosa (Ehrmann) 149.
— der Samenkanälchen und der Spermatozoen (Guizetti) 85.
—, sekundäre, beim Affen (Finger) 246.
— der Trachea (Milian) 634.
— der Venen (Marcus) 488.
— der weiblichen Geschlechtsorgane (Barthélemy) 505. 636; — des Uterus (Franceschini) 208; — der Placenta (Schwab) 205.
Syphilisdiagnose bei der Geburt und Schutz der Ammen (Gailleton) 262.
—, vernachlässigte klinische Punkte bei (Brown) 266.
Syphilisbehandlung (Fischer) 580; (Lieven) 350; (Thompson-Green) 317; — und Heilbarkeit (Kowalewsky) 447; —, aktive und passive Bewegung bei (Beers) 350.
— im Anfangsstadium (Filaretopoulos) 350.
— mit Enesol (Habrich) 352.
— mit Hermophenyl (Mangin) 352.
— mit Hydrotherapie (Bruhns) 577.
— mit Jod-Fersan (Benninghoven) 59; — Ölinjektionen, schwefelhaltigen, lokale Veränderungen nach (Suzuki) 89.
— mit Kalomel (d'Amato) 105.
— mit Oleum cinereum-Injektionen (Le Pileur) 259; —, Schädigungen durch (Bizard) 633.
— mit Quecksilber bei tertiärer (Lange) 349; — -Injektionen (Trimble) 315; —, unlöslicher Präparate (Klotz) 351; — -Salzinjektionen (Lévy-Bing) 502.
— von sekundären Schleimhautplaques (Greene) 96.
— während der Schwangerschaft (Gaucher und Bernard) 502.
— mit Serum (Bosc) 104; (Lisle) 99. 103; (Malherbe) 104.
— Präventive Vaccination gegen (Pommay) 505.
Syphilitiker, lymphatisches Ödem der Lippen bei einem alten 104; — mit Typhusbazillen (Lanzi) 210.
Syphilitische Aortitis (Bruhns) 562; (Takiguchi) 345.
— Coryza der Neugeborenen, Behandlung der (Laurens) 636.
— Encephalitis (Barrett) 347.
— Endaortitis (Joachim) 345.
— Familie und ihre Nachkommenschaft (Tarnowsky) 639.
— Haut- und Bindegewebsgangrän (Audry) 318.
— Krämpfe (Japha) 347.
— Pseudoparalyse (Sobel) 348.

Syphilitische Schädeldachnekrose, operative Behandlung der (Voss) 157.
Syphilitisches Fieber (Ceconi) 337.
— Gewebe, Aktion des Quecksilbers auf das (Justus) 25.
Syphiloderma des Gesichts 573.
Syphilographie (Campana) 209.
Syphilom des Ciliarkörpers (Knapp) 340; —, Lymphosarkom, Pseudoleukämie, Histologisches über (Salomon) 337.
Syringomyelie 526; (Meder) 291.

Tabes 209. 262. 447. 526. 568. 686; —, Ätiologie der (Rosenbach) 349.
— dorsalis 392. 573.
Talgdrüsen und ihre Sekretion (Bab) 180; (Marschalko) 626; — -Funktion und Fettstoffwechsel (A. Buschke und Arthur Fränkel) 181; — -cysten, multiple (Mc. Phedran) 264; — am Präputium (Paschkis) 483.
Taschen-Injektionsbesteck, aseptisches (Blank) 561. 626.
Tastsinn (Gussmann) 90.
Teleangiektasie 216. 314.
Tendovaginitis 272.
Theophyllin als Diureticum (Schmiedeberg) 113.
Therapie, Ursachen der Irrtümer und Methodik (Leredde) 67.
Thigenol (J. Bloch) 587; (Köszeghy-Winkler) 587; (Kornfeld) 278.
Thiol (Leredde) 588.
Thiosinamin und Harnröhrenstrikturen (Remete) 154.
Tierpark des Physiologen (E. N.) 103.
Tinea barbae 273.
— imbricata (Aoki) 210.
— tonsurans s. Trichophytie.
Trichonodosis (Saalfeld) 562.
Trichophytie 171. 224. 228. 230. 264. 270. 278. 313. 517. 525. 580. 590; —, Behandlung nach Sabouraud (Bunch) 390.
Trichophyton, ein neues (Minne) 182.
Trichoptilosis 631.
Trichorrhexis nodosa (Heidingsfeld) 631.
Tripper s. Blennorrhoea.
Tropengeschwür 60.
Tuberkelbazillen 510. 511. 529. 574. 596. 637. 638; — -Bazillenschleim (Delbanco) 363.
Tuberkulid, papulonekrotisches 244; — und Lupus erythematosus (Strasser) 332. —, subcutanes nodulares (Winkler) 487.
Tuberkulin 56. 142. 149. 150. 176. 209. 248. 329. 330. 331. 332. 449. 638; M'Call-Anderson) 568; — -Exanthem, mikroskopische Veränderungen bei (Chronston law) 595.
Tuberkulosis 12. 30. 34. 56. 68. 84. 88. 91. 106. 128. 130. 131. 133. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 145. 176. 197. 208. 209. 224. 244. 267. 277. 319. 329. 330. 333. 343. 350. 362. 372. 377. 383. 397. 424. 427. 430. 431. 437. 441. 446. 455. 498. 503. 511. 512. 513. 520. 532. 568. 571. 572. 573. 574. 577. 595. 618. 639.
— der Blase (Scherb) 30; mit Steinbildungen (Rocher und Horand) 31; —, Behandlung der (Hagmann) 452.
— der Haut 176. 209. 210. 260. 264. 637. 638. 639; —, das Fibrin bei (Lombardo) 106; — und Tendovaginitis (Foà) 332; — und Typhusbazillen (Lanzi) 210.
— des Hodens 187; (Fr. Meyer) 70; — Behandlung der (Drammer) 454.
— der Nägel (Roth) 528.
— der Nieren und chirurgische Behandlung (Pousson) 167. 201. 204.
— der Papageien (Delbanco) 363.
— des Urogenitalapparates 166; (Guyon) 30; — und Smegmabacillus (Young und Churchman) 517.
— und Venenentzündung (Halbron) 331.
— verrucosa 127. 134. 176. 196. 198. 302. 392. 510. 595. 601.
— der Zunge (Gross) 331; (Spitzer) 245.
Tuberkulosebehandlung durch Tuberkulin, chirurgisch, örtlich (Oehler) 331.
Tylosis 171.

Übersichtsreferat (Goldberg) 623.
Ulcerationen an Hinterhaupt und Rücken (Leiner) 244.
Ulcus cruris 221. 223. 243. 272. 273. 274. 275. 276. 583. 587. 589. 590; (Philip) 15. 99; —, -Behandlung der (Heller) 403; (Pentz) 403; (Rath) 253; — mit Radikaloperation (Schneiderlin) 403.
Ulcus durum s. Initialsklerose.
Ulcus molle 26. 232. 235. 242. 243. 251. 252. 277. 279. 314. 338. 377. 397. 490. 505. 521. 548. 550. 590; — der Finger (Djatschkow) 447; — der Hand (Batut) 22; — multiplex (Djatschkow) 447; — Primäraffekt vortäuschend (Jakowlew) 448; — -Bazillen in Reinkultur (Fischer) 182.
Ulcus phagedaenicum (Parlato) 397.
— pseudovenereum 369.
— venereum 414; (Lipschütz) 248. 369; — der Oberlippe (Rodier) 317.
— ventriculi 628.
Ulcus rodens 97. 525. 580. 637; — vulvae 573.
Ulerythema centrifugum 66. 191. 192. 216. 221. 222. 229. 243. 332. 392. 449. 510.

576. 580. 627; (Ehrmann) 149. 244; (Mračęk) 244; (Nobl) 245; —, Besonderheiten bei (Bornemann) 90; — und papulo-nekrotisches Tuberkulid (Strasser) 332; —, Beziehung zur Tuberkulose (Kren) 88.
Unguentum Credé (Borchardé) 277.
— sulfuratum mite-Thiolan (Vörner) 278.
Unserem Vorsitzenden 159.
Unterkinn-Zellgewebsverhärtung, kongelative (Hochsinger) 289.
Unterschenkelgeschwür s. Ulcus cruris.
Ureteren-Enden, cystische Dilatation der (König) 117.
Ureterenkatheterismus, cystoskopischer (Fontanilles) 460; —, Cystoskop für den (Freudenberg) 118.
Ureterenverletzungen bei Operationen, Behandlung der (Bernasconi und Colombino) 500.
Ureteritis 452.
— und Cystitis cystica, Histogenese der (A. Hofmann) 118.
Urethra, Abnormität der (Paschkis jun.) 244.
Urethral-Erkrankungen und sexuelle Neurosen (Squier) 441.
— -Ruptur 600.
Urethralstriktur, entzündliche, der Pars posterior (Keyes jun.) 497; — mit Komplikation (Harrison) 35.
— -Behandlung durch Laien (Ringwell) 26; — eine neue (Asch) 373; — durch Katheterismus (Oraison) 634; — des Mannes (Richter) 451.
Urethral-Chirurgie (Lydston) 451; — -Dislokation (Beck) 450.
— und -Blasenspülungen, Technik der (Melun) 27.
Urethritis 442. 502. 452. 462. 476. 524. 555. 564. 590.
— acuta (Ullmann) 245.
—, chronische, und Harnröhren-Kaliber (Lohnstein) 376.
— papillomatöse (Allen) 265.
— non blennorrhoica (Franceschini) 267; (Grosz) 247; (Vannod) 62; — und Irritationsurethritiden (R. Loeb) 18.
—, septische (Saraceni) 210.
Urethrorrhoea (Harlan) 442.
Urethroskopie bei Untersuchung der Harnblase und bei Behandlung der Cystitiden des Weibes 68.
Urin, Cylinder im, ohne Albuminurie (Kraus) 113.
— Nachweis des Zuckers im (Strassburger) 460.
— antiseptische Beeinflussung durch innerliche Antiseptica (Rechê) 112.
Urinverhaltung (Ries) 94; — Laienbehandlung einer (Ringwell) 26.
Uritone bei Cystitis (Porocz) 562.
Urogenitalerkrankungen, diagnostische Hilfsmittel bei (Gray) 266.
Urologie (Frisch und Zuckerkandl) 388.
Urotropin 272; — bei Cystitis (Porocz) 562; — als Prophylacticum gegen Scharlachnephritis (Patschkowski) 321.
— und Helmitol (Guiard) 63. 64. 202. 204. 499. 569.
Urticaria 23. 54. 186. 188. 189. 192. 210. 287. 292. 322. 396. 433. 450. 508. 522. 523. 549. 560. 578. 592.
—, chronische, Elektrizität bei (Gregor) 651.
— factitia 149. 281.
— perstans (Pick) 280.
— pigmentosa (Gassmann) 54.
—, rezidivierende (Respighi) 281.
— xanthelasmoidea (Nobl) 83.
— Elektrizität bei (Gregor) 651.

Vaccination 324. 330. 507.
—, akzidentelle, der Nasenschleimhaut (Lublinski) 328.
— Geschichte der (Stumpf) 326.
— der Hindus 327.
—, Ergebnisse der (Stumpf) 326.
— Schutzwirkung der (Wilson) 326; (Nash) 327.
— Reaktion unter Rotlicht (Rössler) 327.
— Komplikation bei (Wedel) 328.
Vaccine 216. 647.
— generalisata 216.
Vaginitis 244. 465.
Varicella 526. 508. 651. 659.
—, Ausgang in Tod (Jakob Meyer) 328.
— bei Erwachsenen (Mulert) 323.
—, ungewöhnliche Komplikation bei (Coombs) 324.
— und Variola (Pick) 324.
— und Morbilli gleichzeitig (Short) 660.
Varicen 16. 18. 210. 218. 578; (Heesel) 403.
— der Blase (Leotta) 454. 600.
— und Phlebitis (Championière) 403.
Varicenbehandlung (Championière, 403; (Pentz) 403; —, operative (Strech) 403.
Varicocele und Zwangsvorstellung (Piqué) 204.
— -Behandlung (Reclus) 70; — operative (Lofton) 71.
Variola 235. 326. 327. 507. 646. 651. 658.
—, Ätiologie der (Siegel) 215.
— und Impfgegnerschaft 326.
— und Varicella (Pick) 324.
—, Schwankungen des Körpergewichtes bei (Garnier und Sabaréanu) 324.
— bei den Muselmännern Nordafrikas (Charvin) 324.

Variola confluens 507.
— in der Gravidität 508.
— haemorrhagica 324. 507.
— pustulosa 507.
Variolabehandlung mit Rotlicht 508.
— der Narben (Stegmann) 325.
Varioloid 325. 508.
Vasole und Vasogene (Meitner) 588.
Venerische Krankheiten 266. 455. 490. 494. 574.
—, Statistik der 184.
— Gefahren und Vermeidung der (Butte) 66.
— Prophylaxe und Überwachung (Butte) 97.
— sanitäre und moralische Prophylaxe (Morrow) 520.
— Diagnose und Behandlung (Zeissl) 510.
Verbrennung 274. 528. 529. 578. 583. 589. 591. 638; (Fauntleroy) 599; (Harnack) 593.
—, vitale und postmortale, anatomische Kennzeichen der (Reuter) 598.
— schwere (Schwenker) 289; — und Tod, Pathogene und Anatomie der (Lionti) 289.
Verbrennungsbehandlung (Weidenfeld) 641; — und Pathologie (Weidenfeld und Zumbusch) 153. 247; —, antiseptische (Nageotte) 599.
Verbrennungsgift und Gifte im allgemeinen (Parascandolo) 599.
Vergiftungen (Boltenstern) 574.
Vernix caseosa (Jacquet und Rondeau) 389.
Verruca 48. 49. 230. 415. 513; (Ullmann) 148.
— digitata auf einem Naevus pigmentosus (Audry) 318.
— seborrhoica 151. 400.
— senilis (Waelsch) 151.
—, Instrument zur elektrolytischen Entfernung der (Saalfeld) 562.
Vitiligo 523; (Ehrmann) 149; (Spiegler) 246.
Volksbäder, Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für 23.
Vulvacysten, Genese der (L. Meyer) 121.
Vulvovaginitis 461.

Wärmestrahlentherapie (Laqueur) 223.
Wasserbruch, Heifswasserbehandlung des (Griffith) 444.
Wangenschleimhaut, Anatomie und Klinik der (Theodor Dependorf) 178.
Wasserstoffsuperoxyd (Aesculap) 589; (Nacht) 278; —, desinfizierende Wirkung des (Bic) 159.
Werlhofsche Krankheit s. Morbus Werlhofii
Windpocken s. Varicella.
Wismutbrandbinden, Vergiftung durch (Schaecke) 591.
Wundbehandlung, moderne (B. Müller) 217.

X-Strahlen s. Röntgenstrahlen.
Xanthelasma acutum (Gancher und Druelle) 22.
Xanthoma 191; (Deutsch) 148; —, Ätiologie des (Leskien) 402.
— tuberosum (Mraček) 245.
Xeroderma pigmentosum 245. 269. 368. 369. 571. 646; (Brandler) 151. 314; — bei zwei verwandten Familien (Terterjanz) 406.

Yaws s. Framboësia.
Yohimbinum Riedel bei nervöser Impotenz des Mannes (Hellmer) 104.

Zahnfleisch, Anatomie und Klinik des (Theodor Dependorf) 178.
Zoster 40. 192. 293. 450; (Kohn) 149; (Sachs) 292.
— -Epidemie (Sachs) 649.
— und Lebensalter (Evans) 208.
— des Vorderarmes und der Hand (Squibbs) 650.
— gangraenosus 86.
Zosterbehandlung, konstitutionelle (Ohmann-Dumesnil) 443; — mit Äthylchlorid (Morrow) 387; — mit Elektrizität (Gregor) 651; — mit trockenen Schröpfköpfen (Leale) 650; — und Diagnose (Robinson) 649.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

A., Zur Revision des „Gesetzes von Profeta“ 573.
Abel, Wilhelm, Die Torsion des Samenstranges 37.
Abercromby, David 233.
Abt, Isaac A.. Erythema nodosum 170.
Achard, Die Bedeutung des Salzes für die Pathologie und Therapie 499.
Adams, Edward P., Elektrizität bei Hautkrankheiten 444.
Addison 58.
Adrian, C., Zur Steriliation elastischer Katheter 57.
Aesculap, Über die therapeutische Verwendung des Wasserstoffsuperoxydes 589.
Ainsinmann, J., Über die Wirkung des Ichthargans bei akuter und chronischer Blennorrhoe 476.
Akijama, Schichiro, Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie des Noma 394.
Akutsu, S., Über Prostatahypertrophie 507.
Albarran, P., Prostatablutungen 96.
— 118. 257.
Albers-Schönberg, Aus dem Gebiete der Röntgenographie und Röntgentechnik 227.
— 42. 50. 226. 228. 387.
Alessandri, Beitrag zur Histologie, Diagnose und Behandlung der Harnblasentumoren 453.
Alexander 50. 638.
—, Carl, Eine neue Hilfsmethode zur Diagnose und Therapie der Blennorrhoe 154.
Allan, J., Scarlatina bei einem dreiwöchigen Säugling 298.
Allen, Gardner W., Der Gebrauch des Formalins zu Blasenspülungen 96.
— Ein Fall von papillomatöser Harnröhrenentzündung 265.
Alvarez 102. 233. 239.
d'Amato, Syphilis und progressive Paralyse 69.
— Die Protargolinjektionen bei der Behandlung der Urethritiden 104.
— Elementare Winke über die wichtigsten, zum Studium der Dermatologie notwendigen allgemeinen histologischen Untersuchungen 105.
— Über den gegenwärtigen Wert des Kalomels in der Syphilistherapie 105.
— Die Präventivbehandlung der frühzeitigen Kahlheit 572.
de Amicis 434. 435. 439.
André, Über sekundäre Prostatektomie nach Cystotomie 499.
Andronico 233. 240.
Anspach, Brooke M., Die Diagnose und Behandlung der akuten Beckenperitonitis blennorrhoischen Ursprungs 465.
Anthony 132. 607.
Aoki, D., Über Tinea imbricata 210.
Apolant 230.
Armand, Ch., und Lavronal, Fr., Die Quinckesche Krankheit, das akute angioneurotische Ödem 315.
Aronson 271. 320.
Aronstam, Noah E., Ein Beitrag zum Studium der Prognose der Syphilis 264.
Arcangeli, Erythromelalgie und Osteomalacie 646.
Arning 221.
Arnold, Julius 514.
Arzberger 578.
Asahi, Kenkichi, Beitrag zur Kenntnis der Gefäßverkalkung in der Haut 250.
Asch, Paul, Eine neue Strikturbehandlung 373.
—, Robert, Diagnose und Behandlung der Ehebleunorrhoe 467.
Ashmead, Albert S., Die maulbeerfarbigen Hautflecke bei Japanern und anderen farbigen Rassen — ein Zeichen der Negerdeszendenz 446.

Auberg 447.
Audry, Dermatitis pustulosa praemycosica 60.
— Ein Fall von Gonokokkenmetastase in der Haut (Angiodermitis suppurativa e gonococco 258.
—, Ch., Zwei Fälle von syphilitischer Haut- und Bindegewebsgangrän 318.
— Verrucae digitatae auf einem Naevus pigmentosus 318.
— Mikroskopischer Befund nach einer bipolaren Elektrolyse 318.
— Kreisförmige Sklerosen der Finger 318.
Aufrecht 233. 239.
Auspitz 551. 552. 553. 554. 617. 618. 619.
Axmann, Jules 525.
Ayrignac, J., Brocq, L., und Desgrez, A., Studien über die Ernährung bei den Dermatosen 497.

Bab, Hans, Die Talgdrüsen und ihre Sekretion 180.
Babes 510.
Babinsky 421. 468.
Balz 544. 545. 546. 549. 554.
Baer 380. 381.
Baerensprung 40. 50. 544. 619. 650.
Baermann 103.
—, Gustav, Weiterer Beitrag zur Pathologie der blennorrhoischen Epididymitis 489.
Baeslack, F. W., Gaylord, Harvey, R., und Clowes, G. A. H., Vorläufiger Bericht über einen Immunitätskörper im Blute von Mäusen, welche spontane Carcinomheilung zeigten, und die Wirkung dieses Immunserums auf im Wachstum befindliche Tumoren bei Mäusen, die mit demselben Material geimpft waren 398.
Bagge 638.
Balzer 51.
Baldy 249.
Bamberger 580.
Bancroft 408.
Bandler, Victor, Zur Histologie der Melanosis lenticularis progressiva (Xeroderma pigmentosum) 151.
Bandli, Christoph, Über Prostatitis phlegmonosa 73.
Bang 576.
—, Sofus, Über die Verteilung bakterientötender Strahlen im Spektrum des Kohlenbogenlichts 159.
Bangs, L. Bolton, Hämaturie als Symptom der Hydronephrose, Nephrektomie, Heilung 114.
Bahrdt, H., Beobachtungen über Rötelnepidemien 660.
Barabas, J., Die Behandlung der Bubonen nach der Poroszschen Methode 255.
Barberá, Faustino, Dymal 583.
Barduzzi 238. 239.
Barlow 227. 247.
Barr, James 70.
Barrett, A. M., Encephalitis syphilitica disseminata 347.
Barthélemé, Karl, Zwei Fälle von Pityriasis rubra Hebrae 389.
Barthélemy, Erreger der Syphilis 101.
—, T., Über tertiäre erworbene oder hereditäre Syphilis der inneren Geschlechtsorgane der Frau 505.
— Über Syphilis tertiaria aquisita aut hereditaria der inneren weiblichen Geschlechtsorgane 636.
— 53. 104. 151. 595. 621. 633.
Bartholini 460.
Bartrina, J., und Motz, W., Abscesse der Dammgegend und diffuse Phlegmonen 448.
Bassereau 617. 620.
Bataille 102. 447.
Batut, Ulcus molle extragenitale der linken Hand mit schweren Komplikationen 22.
Baum, Primäraffekt an der Vorderseite des linken Oberschenkels 52.
— Kleinpapulöses Syphilid 52.
— Lichen planus 52.
Baumeister, Carl, Beitrag zur traumatischen Entstehung der Geschwülste 187.
Bayer, Joseph, Über einen Fall von spontaner akuter Gangrän der Haut des Penis und des Skrotums 34.
Bayet und Jacqué, Die Spirochaeta pallida (Schaudinn) 379. 572.
Baynton 18.
Bazin, M. 84. 105. 248. 332. 431. 646. 647.
Beck, Zur Technik der Dislokation der Urethra bei der Hypospadie und anderen Läsionen der Harnröhre 450.
— 380. 529.
Beck, Paul, Über Mesaortitis gummosa 345.
Beckmann 266.
Becquerel 174. 212. 230.
Beers, Nathan T., Aktive und passive Bewegung bei der Behandlung der Syphilis 350.
Behrend 544. 545. 552. 554.
—, F. J. 573.
Behring 653.
Beigel 631.
Beitzke, H., Neuere Arbeiten über Narbenbildungen und Regeneration 404.
Belot, J., Die Lichtbehandlung der Mycosis fungoides 394.
Bence 117.
Benda 335. 459.

Bender 253.
Benguć 628.
Benjamin 115.
Benoist 390.
Benqué 90.
Bensaude 598.
Benninghoven, Über Jodfersan bei Lues 59.
— Die Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs seitens des Arztes ist unzulässig 492.
— 564.
Berdal 102. 447. 572.
Berg, Arthur, Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe 472.
Berger, Die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten 183.
*Bergh, R., Uber das Verhältnis des Lymphgefäßsystems bei (primärer) syphilitischer Infektion bei Weibern 614.
Bergmann, J. F. 510.
Bering, Fr., Untersuchungen über Prostatasekret, insbesondere die Corpora amyloidea 88.
— Über Verbesserungen der Finsen-Reyn-Lampe nebst Bemerkungen über Lupusbehandlung 334.
— Zur Kenntnis der Hyperkeratosen 370.
Berkefeld 103.
Berlioz 502.
Bermbach, P., Versuche über Blut- und Harngifte 376.
Bernard 249.
—, Claude 314.
— und Gaucher, Die Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft 502.
Bernasconi, F., und Colombino, S., Über die Behandlung der bei Operationen entstandenen Ureterenverletzungen 500.
Bernhard, Karl, Ein Fall von Pemphigus vegetans mit besonderer Berücksichtigung der Histologie 394.
Bernstein, Ärztliches Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten 630.
Bertolotti, Zwei Fälle von spät aufgetretener Tabes bei hereditären Syphilitikern 349.
Beschoven, Über die Beziehungen zwischen Comedo, Akne, Furunkel und die Art ihrer Behandlung 391.
Besnier 171. 244. 434. 435. 439.
Besson, Paul, Das Radium und die Radioaktivität 174.
Bettmann, S., Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber planus 90.
Beuerlein 190.
Bevan 130. 305. 607.
Bevacqua, Hautcylindrom der geniocygomatischen Gegend 400.
Bie, Waldemar, Ist die bakterizide Wirkung des Lichtes ein Oxydationsprozeß? 158.
— Ist die bakterizide Fähigkeit des Lichts auf eine direkte Einwirkung auf die Bakterien oder auf eine indirekte Einwirkung durch Entwicklung eines bakteriziden Stoffes im Nährsubstrate zurückzuführen? 158.
— Die desinfizierende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds 159.
Bie, V., Die Anwendung des Lichtes in der Medizin 510.
Bienstock 233. 289.
Bierhoff, F., Über die Abortivbehandlung der Blennorrhoe beim Manne 250.
Biland, J., Über einen Fall von Staphylohämie (mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem) 524.
Bilhaut, Hypospadie ersten Grades. Operation nach der Methode Becks. Heilung.
Billet und Rochet, Ein Fall von Lepra 60.
Billroth 589.
Billi 631.
Biondi 511.
Birch 233. 239.
Bird, P. S., Zwei Fälle von Dermatitis exfoliativa 389.
Bisell, Joseph B., Die Indikation für Prostatektomie 171.
Bizard, L., Die wesentlichsten Schädigungen, welche bei den Injektionen von Oleum cinereum bei der Behandlung der Syphilis vorkommen können 633.
Bixio 525.
Bjelogolowy 284.
Bjelussow, A. 590.
Blaikie, Tina M., Fall von großem Blasenstein, welcher sich um einen Fremdkörper gebildet hatte 36.
Blanc, H. W. 429. 431. 436. 438.
Bland 189.
Blank, Pityriasis lichenoides chronica 561.
— Aseptisches Taschen-Injektionsbesteck 561. 626.
Blaschko, Idiopathische Hautatrophie 561.
— Striae atrophicae 561.
— 41. 42. 51. 87. 161. 175. 213. 472. 494. 554. 555.
Blindreich, Febris blennorrhoica acutissima 461.
Bloch 230.
—, Iwan, Über das Thigenol, eine neue organische Schwefelverbindung, und seine Anwendung bei Hautkrankheiten 587.
— Die Perversen 640.
— 560.

Bloch, Louis, und Ménétrier, P., Ein Fall von diffuser Sklerodermie. Beträchtliche Besserung durch Behandlung mit Schilddrüse 66.
—, M., Ein Fall von blennorrhoischer Myelitis 157.
Block, Felix, Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe nach Blaschko 472.
Blokusewski, Erwiderung auf Dr. Otto Grosses Arbeit „Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten" 256.
— 250. 519.
Bloom, J. N., Ein Fall von Fibroma molluscum 402.
Blumers 55.
Boas, Über einen Fall von Stenose des Oesophagus im Anschlusse an Scharlach 319.
Bock, W. 615.
Bockenheimer, Ph., Paquelin und Heifsluftapparat mit komprimierter Luft 600.
Bodin 189.
Boeck 190. 487. 488.
Bögel 42.
Bohn 230. 654.
Bókay 323.
Boldt, Hermann J., Der Gonococcus in der Vulvovaginalgegend 461.
Bollack, L., Ein Fall von Dermographismus bei einem Ikterischen 595.
Boltenstern, O. v., Die Vergiftungen 574.
Bolton, C., und Brewer, D., Ein Fall von ausgedehnter Diphtherie der Haut nebst Untersuchungsresultat am Nervensystem 394.
Bongartz, August, Ein Beitrag zur Kasuistik der Hirnhämorrhagien bei hereditärer Syphilis 346.
Borchardt, Dagobert, Die therapeutische Wirksamkeit des Unguentum Credé 277.
Bordet 102.
Borini, Bakteriologische Untersuchungen bei Masern 658.
Bornemann, W., Ein Fall von Erblindung nach Atoxylinjektionen bei Lichen ruber planus 593.
— Über Besonderheiten beim Lupus erythematosus 90.
Bortscheller, Hermann, Peniscarcinom 412.
Borzecki 282.
Bose, E., und Soubeyrau, P., Ein Fall von Epitheliom der Clitoris 104.
—, F. J., Versuch einer antisyphilitischen Serumbehandlung 104.
Boss 59.
Bottini 58. 74. 76. 456. 487.
Bottomley, F. C., Bemerkungen über lobäre Pneumonie nach Masern 328.
Bouchard 497. 502.
Bourget 586.
Bowen 294. 647.
—, John T., Dermatitis herpetiformis im Kindesalter 495.
Brandts, Carl Eugen, Über einen seltenen Fall von Lichen ruber acuminatus 397.
*Brandweiner, Alfred, Zur Kenntnis der Mycosis fungoides 415.
— Purpura annularis teleangiektodes 148.
— Disseminierter Lupus 245.
— 644.
Branson, G. J., Cerebrale Erscheinungen bei Masern 659.
Bráult 42.
Brauner, L, und Meisels, J., Versuche mit Cerolin bei Behandlung von Furunkulose 397.
Braunstein 622.
Brayton 133.
Bré, Ruth 565.
Breakey, Ein Fall von parasitärer Sykosis, übertragen vom Rinde 171.
—, Wm. F., Die Behandlung von voraussichtlich primärsyphilitischen Geschwüren 95.
Breda 42.
Bredig 276.
Brehmer, Carl, Über Gonokokkensepsis der Neugeborenen 461.
Breiger, Die Lichtbehandlung in der Chirurgie 576.
— Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten mit Licht, insbesondere mit Eisenlicht 576.
Brenner 441.
Breton 503. 587.
Brewer, D., und Bolton, C., Ein Fall von ausgedehnter Diphtherie der Haut nebst Untersuchungsresultat am Nervensystem 394.
Brieger 221.
Bright 189. 190.
Brimacombe, R. W., Die Histopathologie der Seborrhoe, der seborrhoischen Dermatitis und der Psoriasis 389.
Brings, J., Einige Erfahrungen über Arhovin als Antiblennorhoicum und Desinfiziens der Harnwege 476.
Brissaud 41. 51. 447.
Bristow, Algernon T., Über die Diagnose des Blasensteins und über einen ungewöhnlichen, mit Pneumaturie verbundenen Fall davon 265.
Broca 21.
Brocq, L., Desgrez, A., und Ayrignac, J., Studien über die Ernährung bei den Dermatosen 497.
— 21. 150. 151. 190. 249. 394. 449. 554. 624.
Brown, Graham 90.
—, Tilden 441.

Brown, Samuel Horton, Einige vernachlässigte klinische Punkte bei Syphilis 266.
—, W. F. 589.
Brucauff 404.
Brügel, Carl, Beitrag zur Lehre von der Metaplasie und Keratosis der Urethralschleimhaut 413.
Brüning, Hermann, Über die Bedeutung der Koplikschen Flecke für die Diagnose und Differentialdiagnose der Masern 322.
Brugger, Die Verwendung der Spiritusverbände 220.
Bruhns, Aortitis syphilitica 562.
— Hydrotherapie bei Hautkrankheiten und Syphilis 578.
— 617.
Bruns 395.
Bruzelius 189.
Bryant 249.
Buchner, Hans 25.
Bujwid 657.
Bukovsky, J., Psorospermosis follicularis vegetans Darier 87.
Bulkley, L. Duncan 95.
— Finsenlicht, X-Strahlen und hochfrequente elektrische Ströme in ihrer Anwendung bei gewissen Hautkrankheiten 97.
— Krankheiten der Haut in Verbindung mit den Krankheiten des Stoffwechsels 253.
— 400. 590.
Bunch, J. L., Die Sabouraudsche Methode der Behandlung von Tinea tonsurans 390.
Bunge 406. 638.
Burckhardt, E. 30. 73. 154.
Buret, Zwei Erwähnungen der Syphilis in Schriftstücken aus dem XIII. Jahrhundert 98.
Burgdorf, Theodor, Beitrag zur Kasuistik der Lues spinalis 348.
Burger 275.
Burkhardt 654.
Burmann und Tanon, Anwendung des Stovains in der Dermatologie 587.
Burow 589.
Burschalow, T., Balanoposthitis circinata progressiva 447.
Buschke, A., Demonstration von Präparaten eines Falles von Syphilis maligna 340.
— Über die Behandlung der malignen Syphilis 349.
— Ein Fall von Rhinosklerom 394.
— 126. 128. 129. 130. 132. 133. 142. 145. 146. 147. 193. 194. 199. 232. 239. 246. 299. 300. 301. 302. 476. 602. 604. 605. 606. 612. 613.
— und Fränkel, Arthur, Über die Funktion der Talgdrüsen und deren Beziehung zum Fettstoffwechsel 181.
Buschke und Schmidt, Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Drüsen 226.
Busk, Gunni 158.
— Über die Pathogenese des Buchweizen-Exanthems 159.
Busse 129. 130. 146. 194.
Butler, Thos. J., Über Hydrocele 454.
Butlin 249.
Butte, L., Die Behandlung des Lupus mittels Kaliumpermanganat 65.
— Eigenschaften und Gefahren der venerischen Krankheiten. Ratschläge zur Vermeidung derselben 66.
— Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Entwurf zu einer Organisation der sanitären Überwachung 97.
Buttersack 570. 654.

Cabox 441.
Cajal, Ramon y 77.
Calderone, Aus der dermatosyphilopathischen Klinik 573.
Campagnolle 19. 256. 471.
Campana, Perivasaler Befund bei progressiver Paralyse des Kindes 209.
— Syphilographie 209.
— Über die Ansteckungsquellen bei einigen Hautkrankheiten 210.
— 40. 51. 525.
Campbell, William Francis, Elephantiasis des Hodensacks 266.
— 650.
Candler, Georg H., Akne und ihre Behandlung 444.
Cannac, Die Framboesia (Pian) an der Elfenbeinküste 393.
Caplan, Anna, Beobachtungen über Masern 658.
Caramano, Ein Fall von Masern mit Rezidiv 321.
Carcy, F., Über Orchi-Epididymitis acuta blennorrhoica 468.
Carmouze, A., Über Prostatectomia totalis transvesicalis subpubica 75.
Carpenter, Dudley Newcomb, und Sutton, Richard Lightburn, Dengue in der isthmischen Kanalzone 408.
Casal 652.
Caspar 19.
—, Leopold, Zur Therapie der Blasengeschwülste 28.
Caspari 230.
Casper, Leopold, Handbuch der Cystoskopie 387.
— 115. 563.
Cassirer 281.
Cathelin, F., Grofser lumbaler Abscefs spondylitischen Ursprungs, in die Harnblase durchgebrochen und für eine Pyonephrose gehalten 32.

Cathelin, F., Untersuchungen über die Sekretion und Exkretion kranker Nieren 204.
— Neues Luftcystoskop ohne optischen Apparat mit einer von der Kuppe des Schnabelteils herabhängenden Lampe 381.
— eue Methode der Cystoskopie; Luftcystoskop zur direkten Besichtigung der Blase ohne optischen Apparat mit umgekehrter, von oben herabhängender Lampe 498.
— Antwort an Max Weinrich-Berlin, das Luftcystoskop betreffend 501.
— 32. 498. 499. 682.
Cave 515.
Cecil 597.
Ceconi, Syphilitisches Fieber 337.
Cérésole 404.
Cerulli, Psoriasis. Erfolg der Behandlung 574.
Championnière, Lucas, Die Behandlung der Varicen und der Phlebitis 403.
— 644.
Chaput 587.
Charrière 498. 501.
Charvin, L., Über die Variola bei den Muselmännern Nordafrikas 324.
Chassaing 182.
Cheatle, G. L. Über Lokalisationspunkte bei Krebs, Leukodermie und Sklerodermie 525.
Chenoweth, James S., Appendicitis, eine Darmkomplikation des Erythema exsudativum multiforme 291.
Chéron 571.
Chetwood 351. 497.
Cheyne 283. 421.
Chiari 345.
Childs-Mac Donald, Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Blennorrhoe 316.
Chotzen 233. 240.
Chrobak, R., Über den Gebrauch von Ätzmitteln 219.
Chronstonlaw, R., Die mikroskopischen Veränderungen beim Tuberkulinexanthem 595.
Chrysospates 401.
Churchman, J. W., Paraurethritis. Anatomische Übersicht mit einem Bericht über zwei Fälle 412.
—, und Young, H. Y., Über die Möglichkeit, Verwechslungen mit dem Smegmabacillus bei der Diagnose von Urogenitaltuberkulose zu vermeiden. Eine experimentelle Untersuchung 517.
Chworostanski, M., Neubildungen der Harnblase 257.
Cipolla, Über den Wert der Seroreaktion von Grüber beim Lupus 333.
Ciuffo und Mantegazza, Die Prostitution in Toskana und Sardinien 176.
Claytor, T. A., Über Lungensyphilis nebst Bericht über den pathologisch-anatomischen Befund bei einem solchen Falle 344.
Clerc 617.
Clowes, G. A. H., Gaylord, Harvey R., und Baeslack, F. W., Vorläufiger Bericht über einen Immunitätskörper im Blute von Mäusen, welche spontane Carcinomheilung zeigten, und die Wirkung dieses Immunserums auf im Wachstum befindliche Tumoren bei Mäusen, die mit demselben Material geimpft waren 398.
Coates 132. 133. 607.
Cochart 589.
Cochil 262.
Cocks, Edmund L., Acne vulgaris 442.
Cohn, Über eine eigentümliche Anomalie von Hodenlokalisation 37.
— 590.
—, T. 617. 618.
Cohnheim 581.
Coignet 503. 587.
Collari 501.
Colles 252.
Colley 401.
Collings, Howard P., Darf man aus leichten Frühsymptomen der Syphilis auf spätere Prozesse des Nervensystems schliefsen? 264.
Colombino, S., und Bernasconi, F., Über die Behandlung der bei Operationen entstandenen Ureterenverletzungen 500.
Condulmer, Ein Fall von eitriger Mastitis infolge von impetiginösem Ekzem 390.
Constantin, E., Klinische und histologische Untersuchung eines Falles von Purpura papulosa 378.
Coombs, C., Eine ungewöhnliche Komplikation bei Varicella 324.
Cornil 169. 503. 551. 619.
Cosentino, Über die Verteilung des elastischen Gewebes in der Prostata des Menschen und der Tiere 456.
Costa, Mendes da 379.
Couper, D., Ein Fall von Mesotanausschlag 643.
Courmelles, Foveau de, Die Radiotherapie bei Hautleiden 260.
Cowl 387.
Cowper 448.
Cox, A. J., Über basische Quecksilbersalze 277.
Cramer 529.
Credé 271. 277. 461. 470.
Crispin, Antonio M., Pompholyx 170.
Crocker, Radcliffe 208.
Croner, W. 349.
Crull 429. 436. 437. 438.

Csillag, J., Zur Identität der Parakeratosis variegata mit einigen anders benannten Krankheitsformen 150.
Cube 240. 572.
Cullen, Thomas S., Cysten der Bartholinischen Drüsen mit kurzen Bemerkungen über die Anatomie der normalen Drüsenstruktur 460.
Cumston, Charles Greene, Ein Fall von Papillom der Blase, kompliziert mit Pyonephrose, mit Bemerkungen über die chirurgische Behandlung von Papillomen 29.
— Die Behandlung der Hydrocele 170.
Cunéo 616. 617. 618. 619.
Curie 174. 230.
Curl, H. C., Zur Behandlung der Elephantiasis 495.
— Ein Fall von Keratosis follicularis 496.
Curtis 129. 605. 606.
—, H. 501.
Czajewiczs 106. 372.
Czerny, Über Prostatektomie 487.
— 657.

Daccó, Ätiologie und Pathogenese der Acne vulgaris 106.
Dalous, E., Beitrag zum Studium der pathologischen Histologie der Hodeneiterungen 201.
— Die Spirochaeta pallida von Schaudinn und Hoffmann und die Bakteriologie der Syphilis 378.
— und Morel, Ein einfaches Mittel, die Gonokokken im Präparate zu färben 319.
— und Lasserre, J., Histologie der Radio-Epithelitis 20.
Danforth, J. N., Nächtliche Inkontinenz bei jungen Leuten beiderlei Geschlechts 381.
Daniel, Constantin, Schnell wirkende Behandlung der Vaginalblennorrhoe der Frau 470.
Danielssen 56.
Danlos 230.
Danne, Heinrich, Die Ätiologie der Lebercirrhose 341.
Dantes 230.
Danysz 230.
Darier 87. 88. 401. 445. 487. 488.
Daser 20.
Dauber 190.
Davidson 230.
Davies 131.
Davrinche, E. D. J., Über Knochenmetastasen im Verlaufe des Prostatacarcinoms 459.
Deahne 545. 554.
Debierne 174.
Debove, Blennorrhoische Meningo-Myelitis 468.
Debove 429. 432. 438.
Deichstätter, Heinrich, Über einen Fall von primärem Schweifsdrüsencarcinom 399.
Deidier 233. 240.
Delagenière 375.
Delbet 204. 205. 376.
*Delbanco, Ernst, Die Zusammensetzung des Tuberkelbazillenschleimes. Zur Anotomie der Papageientuberkulose 363.
— Medizinische Albumosenseife 581.
— 234. 240. 483. 484. 485. 486.
Delherm, Gaucher und Lacrapère, Hautepitheliom durch Röntgenstrahlen geheilt 23.
Delsaux 230.
Delventhal, Karl, Ein Fall von weitverbreiteter Verkalkung der mittleren und kleineren Arterien der Haut und der Extremitäten 215.
Demarquayi 408.
Demime 191.
Dennery, Albert, Über die Verwendung sterilisierter Wäsche gegen Hautkrankheiten der Säuglinge 221.
Denis, Paul, Neues Verfahren zur Korrektion der Stellung der cystoskopischen Bilder 63.
Le Dentu, Die malignen Tumoren des Hodens 70.
Dependorf, Theodor, Mitteilungen zur Anatomie und Klinik des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut nach mikroskopischen Untersuchungen an verschiedenen Altersstadien 178.
Deroye und Hallopeau, Ein abnorm grofses Syphilid in der Nähe des primären Schankers 319.
Desfosses, P., Über Radiumtherapie 577.
Desgrez, A., Brocq, L., und Ayrignac, J., Studien über die Ernährung bei den Dermatosen 497.
Deutsch 247.
Devaemont, L., Über einige Unvereinbarkeiten bei Arzneimitteln 208.
Devergie 631.
Deycke-Pascha und Resched-Bey, Neue Gesichtspunkte in der Leprafrage 328.
Dias 205.
Diday 566.
Diedrichson, W., Zwei Fälle von Nervensyphilis 447.
de Diego, Der therapeutische Wert des Dymals 563.
Dieterich, Eugen 271.
Dietrich, Clemens, Die croupöse Pneumonie auf der I. medizinischen Klinik in München in den Jahren 1899—1903 inkl. 293.
— 616. 618.

Dietz, Friedrich, Zwei Fälle von idiopathischer Atrophie der Haut 406.
Diggelmann, A., Über Gonokokken im Blute bei Polyarthritis blennorrhoica 461.
Dillmann, Heinrich, Über Leukoplakia linguae mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ätiologie und Histologie 391.
Dinkler 644.
Disse 233. 239.
Djatschkow, Ein Fall von rezidivierendem toxischen Erythem nach intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum 280.
—, N., Drei Fälle von Digitalschanker 447.
— Über multiple Ulcera mollia 447.
Doberauer, Gustav, Zu der Mitteilung von Professor Franke über Erysipelbehandlung 395.
Dohi, K., Nachruf für Prof. Dr. J. Scriba 211.
— Indische Medizin und Queckeilber 211.
— und Kurita, S., Beiträge zur Lehre von Impetigo 505.
Doléris 505.
Dollinger 249.
Dominici 554.
Donné 102.
Dopfer, Über einen Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde 289.
— 593.
Doutrelepont 233. 239. 644.
Doyen 170.
Drammer, Carl, Über radikale und konservative Therapie bei Hodentuberkulose 454.
Drasche 433. 489.
Dremos 221.
Dreser, Zur Anwendung des Jothion 585.
*Dreuw, Euguform bei Hautkrankheiten 241.
*— Zur Mikrophotographie 306.
— Referat 389.
— 375. 525.
Dreyer, Maligne Lues 52.
— 19.
— und Jansen, Über den Einfluſs des Lichtes auf tierisches Gewebe 159.
Dreyfus, Wilhelm, Beitrag zur primären Hautaktinomykose des Menschen 395.
Drobinsky, R., Über die Wechselbeziehungen zwischen Bakterien und Zellen in der Morphologie des blennorrhoischen Sekrets 463.
Druelle, Hôpital Saint-Louis 22.
Dubois-Havenith, Über einen Fall von lymphatischem Ödem beider Lippen mit abendlichen Steigerungen bei einem alten Syphilitiker 104.
Dubreuilh, W., Über das Vorkommen des Ankylostoma in der Haut 409.
— Prurigo lymphadenica 496.
— 151. 433. 527. 643.
Ducasse, L. G. C., Über den Geisteszustand bei Blennorrhoikern 467.
Du Castel 434. 435. 439.
Duchamp 205.
Ducrey 248. 249. 369. 370. 377.
Dühring 429. 438.
Dührssen, A., Die Behandlung der Katarrhe der weiblichen Genitalorgane 122.
Düring, E. von, Über Quecksilberwirkung 275.
— Persönliche Ansichten über die Maſsregeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 493. 565.
— Prostitution und Geschlechtskrankheiten 530.
— 225. 290. 554.
Dudgeon, L. S., und Wallace, C., Vorläufiger Bericht über bakteriologische Befunde bei sieben Fällen von Prostatahypertrophie 73.
Duhot, Praktisches Verfahren der Blutstillung nach der Meatotomie 380.
— Einige Fälle von Hautkrankheiten, geheilt durch X-Strahlen 228.
Duhring 51. 127. 128. 129. 190. 646. 648.
Dukes, Clement 322. 323.
Dumon 205.
Dupuytren 407.
Durduffi 464.
Duval 655.
Dyer 139. 608.

Eberth 380.
Edebohls 100.
Edwards, Hall 65.
Eger, Über Nagelveränderungen nach akuten Krankheiten 528.
Eggers-Smidt, Prostituiertenbriefe 568.
Ehlers 91.
Ehrlich 436. 469.
Ehrmann, Sklerodermie 147.
— Lichen simplex chronicus 148.
— Ekzem en plaques 148.
— Lues pustulosa 149.
— Lichen scrophulosorum 149.
— Vitiligo 149.
— Lupus erythematosus 149. 244.
— — pernio 244.
— — vulgaris 244.
— Epitheliom 244.
— Folliculitis nuchae sclerotisans 245.
— 148. 149. 150. 213. 238. 240. 244. 245. 246. 589.
Eichel, Sidney J., Behandlung der Blennorrhoe durch den allgemeinen Praktiker 383.

Einhaus, Clemens, Zur Statistik der venerischen Erkrankungen unter spezieller Berücksichtigung der in der Hautklinik zu Leipzig in den Jahren 1897—1902 inkl. behandelten Patienten 184.
Eiselt 172.
Eisendrath 133.
Elliot 41. 51.
Elsässer 192.
Engelbreth 472.
Epstein 544.
— D., Angina, Erythema exsudativum multiforme, Pleuritis exsudativa dextra 291.
—, M. J., Ein Fall von tuberösem Jodexanthem der Nase nach Jodkaliumgebrauch 265.
Erb, Erich, Über Aplasie der Genitalien 121.
Erdmann, John F., Prostatektomie in dringenden Fällen 111.
Ernst 399.
Escherich 323.
—, Th. 661.
Eschweiler, Über die im Gefängnis Düsseldorf-Derendorf beobachteten Hautödeme unbekannten Ursprungs 594.
Escot 448.
Eshner, A. E., Ein Fall von universeller kongenitaler Atrichie 410.
Esmarch, E. v. 50. 57.
Eulenburg 40. 275.
Euler-Rolle, Fritz, Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Hetralin 272.
Evans, Wilmott, Lebensalter und Herpes zoster 208.
Eve 238. 240.
Eves 172.
Evoli, Über orthostatische Albuminurie 117.
Ewald 529.
Exner 230.
Eynard, Bemerkung zur Antwort Cathelins an Max Weinrich-Berlin 632.

Fabre 436. 439.
Falk, Ludwig, Dermato-venerologische Impressionen 490.
Falke, Walther, Ein Fall von Herzaneurysma, wahrscheinlich auf luetischer Basis 344.
Farrant 563.
Fasal, Multiple Fibromata mollusca 149.
Fauconnet, Cl. J., Ein Fall von Glykosurie nach medikamentöser Quecksilberverabreichung 592.
Fauntleroy, A. M., Bericht über einen Fall von ausgedehnter Verbrennung dritten Grades 599.
Favre, M., Amöbismus und Phagocytose der Leukocyten des Trippereiters 181.
Faworsky, A., Die trophischen Störungen der Haut und der Schleimhäute bei Hysterie 290.
Feistmantel, Der persönliche Schutz vor geschlechtlicher Infektion 518.
— 256.
Fehling 460.
Feldmann 396.
Fengler, Hugo, Die Tumoren der Harnblase 28.
Ferdy, Hans, Naturzwecke 491.
Féré, Ch., Einige Worte über die Onanie 63.
Féréol 389.
Ferraby, G. A., Zur Scharlachdiagnose 297.
Ferrari, Statistische Übersicht des „Dispensario cettico governativo“ zu Modena 574
— 233. 240.
Feuerstein, Leon, Referate 294. 463.
Fiaux 565. 566.
Fiessinger, Ch., und Huchard, H., Albuminurien scheinbar renalen Ursprungs bei Menschen im Alter von ungefähr 50 Jahren 116.
— —, Die Behandlung der Ödeme 282.
Filaretopoulos, Über Syphilisbehandlung im Anfangsstadium 350.
Filatow 323. 662.
Finger, Erythrodermia universalis 149.
— Urticaria papulosa 150.
— Roseola annularis 150.
— Positiver Ausfall der Impfung eines Gumma 244.
— Sekundärerscheinungen beim Affen 246.
—, Ernst, Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen 388.
— Die Blennorrhoe sonst und jetzt 464.
— Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe 471.
— 148. 150. 244. 246. 247. 248. 369. 370. 476. 616.
Finkelstein 657.
Finsen, 6. 97. 108. 158. 221. 222. 332. 333. 394. 449. 510. 569. 576. 579. 658.
Fiore, G., Der antiseptische Wert des Dymal 589.
Fischel, Richard, Bemerkungen zu den Methoden der Mikroorganismenfärbung von Waelsch und von Kraus 871.
— Zur Technik der Kromayerschen Epithelfaserfärbung 515.
Fischer, Zur Blennorrhoe- und Syphilisbehandlung 580.
— 232. 239.
—, Fritz, Über Reinkultur von Ulcus molle-Bazillen 182.
—, Louis, Klinische Beobachtungen über Scharlach, mit spezieller Berücksichti-

gung von Herz- und anderen Komplikationen und therapeutischer Gesichtspunkte 296.
Fischer, Louis, Die Behandlung der Intertrigo bei Kindern 443.
Fittje, Hermann, Verblutung aus der durch zerfallendes Gumma eröffneten Pulmonalarterie 345.
Fittig 400.
Fitzpatrick, Die dauernde Heilung der Acne rosacea durch Elektrolyse 265.
Fleisch 631.
Fleischl 417. 435. 486.
Flemming 106. 353. 356. 359. 372.
Fliess 525.
Flörcken, Heinrich, Untersuchungen über die Lebensfähigkeit von Epidermiszellen 178.
Flügel, Karl, Über Rektalblennorrhoe bei Vulvovaginitis infantum 469.
Foà, Tendovaginitis und Tuberkulose der Haut 332.
Folly, J. L., Pemphigus neonatorum 390.
Fontan 212.
Fontanilles, P. E., Klinische Studie über den cystoskopischen Ureterenkatheterismus, seinen diagnostischen und therapeutischen Wert. Katheterismus und Separation 460.
Fordyce, John A., Pagets Krankheit der Glutäalregion und ihre Beeinflussung durch Röntgenstrahlen 445.
— 171. 293. 239. 263.
Fornaca, L., und Meille, L., Über das Vorkommen des Eberthschen Bacillus im Harn Typhuskranker 380.
Fourneau 587.
Fournier, Über die syphilitische progressive Paralyse 67. 169.
— 10. 13. 34. 69. 277. 314. 318. 447.
— Alfred, Allgemeine Paralyse und Syphilis 206. 262. 503. 636.
— 340. 617. 618. 619.
—, Edmund 447.
Fowler, George Ryerson, Die Technik der perinealen Prostatektomie 112.
Foynitzki 404.
Fox, Colcott 434. 435. 439.
—, Tilbury 170. 505. 506.
Fracassini, Histologische und experimentelle Untersuchungen über den Wiederherstellungsprozeſs von Harnblasenläsionen 452.
Franck, Ernst R. W., Einfaches Stativ für Cystoskope, Urethroskope und ähnliche Instrumente 373.
Fraenkel 154. 205. 654.
—, Arthur, und Buschke, A., Über die Funktion der Talgdrüsen und deren Beziehung zum Fettstoffwechsel 181.
—, C. 238. 240.
—, Eugen 227.
Franceschini, Giovanni, Über Menorrhagien und Metrorrhagien syphilitischen Ursprungs 207.
— Über Uterinsyphilis 208.
— Beitrag zur Klassifikation und Symptomatologie der nichtblennorrhoischen Urethritiden 267.
Frank 250.
—, Conrad, Die Verwendung des Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung 275.
Franke, Felix 395.
Frankl, L. v. 388.
Frèche 527.
Freifeld, Über Nephritis morbillosa 659.
Freudenberg 375. 403.
—, Albert, Ein neues Ureterencystoskop für den Katheterismus eines oder beider Ureteren 118.
Freund, Lupus vulgaris 149.
— Rhinosklerom mit Röntgenstrahlen behandelt 246.
— 246. 525.
—, R., Arzneiexanthem nach Aspirin 283.
Frey, H., Eine gute Subcutanespritze 414.
Freyer 75. 456.
—, P. J., Die Totalenukleation der Prostata im Greisenalter 112.
Freymann, Georg, Statistik der auf der ersten medizinischen Abteilung des Krankenhauses l. d. Isar zu München vom Jahre 1892—1900 vorgekommenen Fälle von Erysipel 395.
Frick, William, Ein Beitrag zu Staphylokokkendermatosen 266.
Friedinger 529.
Friedmann, Hugo, Über den Befund von Hornperlen und ihre diagnostische Bedeutung 512.
—, Kurt, Beiträge zur Kasuistik und Statistik der extragenitalen syphilitischen Primäraffekte 340.
Fries, Felix, Über die Behandlung der Conjunctivitis blennorrhoica neonatorum et adultorum nach der Methode von Kalt 470.
Friese 506.
Frisch 58.
—, Anton von, und Zuckerkandl, Otto, Handbuch der Urologie 388.
Fritz, Alwin, Einige Fälle von Fibroma molluscum (Virchow) 402.
Fritzsch 474.
Frolow, P., Zahndystrophien bei Syphilis hereditaria; Hechtzähne 447.
Fürbringer 71. 115. 459.
Fürst, L., Die Erzielung von Analgesie auf endermatischem Wege 628.
Fuller, Samenblasenschnitt 267.
— Eugène, Prostatektomie. Ist es gerechtfertigt, alle Fälle nach einer Methode operieren zu wollen? 76.

Le Fur, Die konservativen Methoden und die Prostatektomie bei der Behandlung der Prostatiker 75.

Gabbet 180.
Gabritschewsky 622.
Gadaud 230.
Gailleton, Über die Diagnose der Syphilis im Augenblicke der Geburt. Maßregeln zum prophylaktischen Schutze der Ammen 262.
— 503.
Galewsky, Über lösliches Kalomel (Kalomelol) 277.
— Über berufliche Formalinonychien und -Dermatitiden 287.
— 51. 562.
Galliard 42.
—, L., Behandlung der akuten blennorrhoischen Kniegelenkentzündung mit intraartikulärenSublimatinjektionen 166.
Galliot 259.
Gallois und Lemoine, Die blennorrhoische Pleuritis 67.
—, P. 590.
Galloway 434. 435 439.
Ganghofner, F., Über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum 320.
Gans, Edgar, Über einen Fall von Indikanausscheidung durch die Haut 525.
Garnier, M., und Sabaréanu, G., Die Schwankungen des Körpergewichts im Verlaufe der Variola 324.
Gartner 411.
Gasmann 621.
Gassmann, A., Über einen chronischen, pigmentierten, hyperämisch-papulösen Ausschlag (Urticaria pigmentosa?) 54.
Gaston 436. 437. 439.
Gatti, Gerolamo, Die Vereinigung beider Hoden nach Durchschneidung eines Vas deferens 164.
Gaucher, Mittwochspoliklinik 99.
— Bericht aus der Mittwochspoliklinik des Hôpital Saint-Louis. Übertragung der Syphilis mittels einer Zahnbürste. Nicht hysterische Frau, die jedesmal beim Kauen in der Regio infra-orbitalis und sterno-mastoidea dextra stark schwitzt 440.
— 22.
— und Bernard, Die Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft 502.
— und Druelle, Xanthelasma acutum 22.
— und Touchard, Mehrfache Phlebitis im Verlaufe der sekundären Syphilis 22.
—, Lacrapère und Delherm, Hautepitheliom durch Röntgenstrahlen geheilt 23.
Gaucher und Louste, Zwei Fälle von Syphilis hereditaria unter dem Bilde der Tuberkulose 319.
Gaud, Fr., Experimentelle und therapeutische Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers durch die Nieren 277.
Gautier 490.
Gay 447.
Gaylord, Harvey R., Clowes, G. A. H., und Baeslack, F. W., Vorläufiger Bericht über einen Immunitätskörper im Blute von Mäusen, welche spontane Carcinomheilung zeigten, und die Wirkung dieses Immunserums auf im Wachstume befindliche Tumoren bei Mäusen, die mit demselben Materiale geimpft waren 398.
Gebbert 334.
Gebele 434. 435. 439.
Geber 51.
Gengon 102.
Genoud 333.
Gerber, Otto Paul, Infektiöse idiopathische Purpura 597.
Gerhardt 40. 42. 50. 115.
Gerstle, Eugen, Über Psoriasis vulgaris und deren Behandlung 390.
Gersuny 325.
Ghon 422.
Gibert 208.
Giel 326.
Giemsa, G., Eine Vereinfachung und Vervollkommnung meiner Methylenazur-Methylenblau-Eosin-Färbemethode zur Erzielung der Romanowsky-Nochtschen Chromatinfärbung 515.
— Bemerkungen zur Färbung der Spirochaeta pallida 515.
— 102. 206. 231. 237. 238. 244. 338. 504. 572.
Gilbert 550.
Gilchrist, T. Caspar 77. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 136. 137. 138. 139. 141. 142. 143. 144. 145. 196. 197. 199. 264. 301. 302. 304. 602. 606. 608. 609. 612. 613.
Gillard, Masernepidemie mit gastrointestinalem Typus 659.
Gillot 429. 431. 439.
Glaserfeld, Bruno, Welche Beziehungen bestehen zwischen Haut- und Nierenkrankheiten 188. 254. 626.
Glass, Walter, Ein Fall von Raynaudscher Krankheit 287.
Glawtsche, E., Zwei Fälle von wahrscheinlicher Reinfektion 446.
Göbel, Johannes Karl, Über die Durchlässigkeit der Cuticula 178.
Goepp, M., Ein Fall von nekrotischer Stomatitis im Gefolge von Masern und Pneumonie 660.
Götz, Referate 27. 30. 32. 33. 37. 38.

56. 65. 67. 69. 70. 71. 72. 74. 75. 93. 101. 116. 118. 158. 168. 170. 180. 205. 224. 225. 228. 254. 269. 275. 276. 278. 282. 283. 285. 288. 289. 293. 315. 321. 322. 326. 328. 330. 335. 350. 375. 379. 381. 394. 404. 408. 468. 469. 470. 473. 474. 475. 501. 509. 521. 571. 572. 592. 593. 628. 633. 634. 639. 659. 660.
Goff, W. P., Die Behandlung mittels Röntgenstrahlen 575.
Goldberg, Über den Gebrauch der Katheterrohre, der Katheterhaken und des Katheterkorbes 373.
— Übersichtsreferat 623
— 229. 375.
Goldmann 327.
—, Hugo, Die Behandlung gewerblicher Hautaffektionen mit Anthrasol und Anthrasolseifen 287.
Goldschmidt, Adolf, Über das Vulvacarcinom 460.
Goliner, Über den therapeutischen Wert der Levurinose 273.
Goltmann, Maximilian, Akute eitrige interstitielle Nephritis 440.
Golubinin 622.
Goodall, Alexander, Ein Beitrag zur Histologie und Genealogie der Hämophilie 284.
Goodfellow, George, Prostatektomie im allgemeinen und besonders auf dem perinealen Wege 75.
Gorbatschew 622.
Gordon 98.
—, A. K., Beitrag zur Behandlung der toxischen Symptome beim Scharlach 656.
Gotthold, Jean, Über die Behandlung des Hautcarcinoms mit Röntgenstrahlen 228.
Gowers 435.
Grabham, M., Atlasholz und Dermatitis 643.
Gräffner, Wilhelm, Zur Frage der sexuellen Belehrung der Jugend 184.
Grain 638.
Gram 60. 72. 130. 211. 301. 370. 489. 511. 596. 597. 602. 658.
Grant 455.
Gravagna, Primäre Syphilome der Brustdrüsen. Syphilis durch Säugung 178.
— Primäraffekte der Mamma. Syphilisübertragung durch Stillen 261.
— Über die künstliche Kultur des Hansenschen Bacillus aufserhalb des menschlichen Organismus 516.
Gray, F. D., Bemerkungen über einige neuere diagnostische Hilfsmittel bei Urogenitalerkrankungen 266.
Greene, Robert Holmes, Über die Behandlung sekundärsyphilitischer Schleimhautplaques 96.
Gregor, A., Behandlung von chronischer Urticaria und von Herpes zoster mittels hochfrequenter Ströme 651.
Griffith, Frederik, Die Heifswasserbehandlung zur Radikalheilung des Wasserbruches 444.
— 376. 377.
Groedel, Theo, Die physiologische Wirkung der Solbäder 221.
Grobé 404.
Grosglik, S., Über den diagnostischen Wert der Uroskopie bei chirurgischen Erkrankungen der Harnorgane 19.
Gross 645.
—, August, Über das tuberkulöse Geschwür der Zunge 331.
—, Ernst Georg, Die Verletzungen des Penis nebst einem Fall von traumatischem Sequester der Corpora cavernosa penis 412.
—, Louis, Harnröhrenschanker mit irreführenden Komplikationen 316.
Grosse, Otto, Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten 254.
— Weiteres über Katheterisierilisation; ein urologischer Universal-Sterilisator 375.
— Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten 521.
— Weiteres über Katheterisierilisation 568.
— 256.
Grosz, Urethritis non blennorrhoica, Diskussion 247.
— 244.
—, Siegfried 483. 485.
— 352.
Grot, W. v., Zur Kasuistik der Penisverletzungen 412.
Gruby 525.
Grüber 333.
Grünbaum, Carl, Diabetes insipidus und Syphilis 342.
Grünebaum, Erfrierung 288.
Grünfeld 58. 618.
Grund, Georg, Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigmentes 518.
Grunert, E., Ein Fall von Torsion des Samenstranges 37.
Guarneri 216.
Guépin, A., Die Behandlung der senilen Prostatitis 68.
Guérin, Ch., Beitrag zur Kenntnis des klinischen Verhaltens der Mundhöhle bei Masern 660.
Günther 479.
Guiard, Urotropin und Helmitol 499. 569.
—, F. P., Urotropin und Helmitol, ihre therapeutische Wirkung nach den Resultaten der experimentellen Untersuchungen und der klinischen Beobachtungen 63. 64. 202. 204.
Gundorow, M. P., Zur Frage des Jodismus (Thyreoiditis jodica acuta) 488.

Gurzetti, Pietro, Untersuchungen über die Epithelien der Samenkanälchen und der Spermatozoen in vier Fällen von Syphilis 85.
Gussmann, Josef, Beitrag zur Untersuchung des Tastsinnes 90.
Gutheil, A. 475.
Gutmann, C., Über Pseudoexanthoma elasticum Darier 88.
Guyon, Die Tumoren der Blase und die Genitaltuberkulose 30.
— Blasensteine, die aus der Kindheit stammen 32.
— Die Fremdkörper der Harnblase und ihre Beziehungen zur Steinbildung 32. 204.
— Die malignen Tumoren der Niere 204.
— 78. 256. 381. 475.

Haberda 529.
Haberern, Die zuverlässige Diagnose von Blasensteinen mittels Röntgenaufnahmen 378.
Habrich, Emil, Enesol, ein neues Quecksilberpräparat zur Injektionstherapie der Syphilis 352.
Hackel 529.
Haegel 51.
Hagen 42. 50.
Hager, Peter, Über die leprösen Veränderungen der oberen Atmungswege 330.
Hagmann, A. N., Über die Diagnose und Behandlung der tuberkulösen Affektionen der Harnblase 452.
Hahn 228.
—, F., Referate 378. 487. 519. 575.
Hailer, Eduard, Über eine Art Spontanluxation des Penis 412.
Haines, W. S. 460.
Halbron, Paul, Über frühzeitig und schnell auftretende Venenentsündung bei Tuberkulose 381.
Halberstaedter, L., und Klingmüller, V., Über die bakterizide Wirkung des Lichtes bei der Finsenbehandlung 222.
Halkin 230.
Hall, Arthur J., Eine Untersuchung über die Ätiologie des Ekzema infantile 20.
— Eine Untersuchung über die Ätiologie des Kinderekzems 209.
— Eine Untersuchung über die Ätiologie des Säuglingekzems 384.
—, G. C., und Koehler, Bericht über einen Fall von Blastomykosis 172.
Hallopeau, H., Die Verbreitungswege der Syphiliskeime im Organismus 439.
— 41. 51. 65. 69. 169. 206. 230. 391. 392. 427. 428. 432. 434. 435. 438. 489. 504. 590. 646.
Hallopeau und Deroye, Ein abnorm grofses Syphilid in der Nähe des primären Schankers 319.
Halpern 594.
Hamburger, Ernst, Atypischer Masernverlauf 659.
Hamilton, Alice, Verbreitung von Streptokokken durch unsichtbares Sputum mit Beziehung auf Scharlach und Sepsis 656.
—, J., Erythema scarlatiniforme (bei Influenza) 279.
— W. M., Endocarditis blennorrhoica 468.
Hammer, Friedrich, Die Reglementierung der Prostitution 628.
—, Wilh., Über Spracheigentümlichkeiten Berliner Prostituierter 255.
— Ein Fall von Verschleppung eines 14jährigen Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell 491.
— 492.
Hamonic 238. 239.
Hänsel, Rudolf, Über ausgedehnte Hauthämorrhagien bei Epilepsie 286.
Handfort 151.
Hansemann, v., Was wissen wir über die Ursache der bösartigen Geschwülste? 398.
— 77. 512.
Hansen 516. 571.
—, Armauer 615.
Hanusa, Kurt, Über die Behandlung lokaler Erfrierungen mit passiver und aktiver Hyperämie 288.
Harlan, Carl, Urethrorrhoea 442.
Harlingen, van 632.
Harnack, E., Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde 593.
—, N. 179.
Hartigan, W., Eine abnorme Epidemie (Rubeola?) 661.
Harris 266.
Harrison, Reginald, Einige Fälle von Harnröhrenstriktur mit der Komplikation eines falschen Weges durch die Prostata 35.
— Einige Formen der Albuminurie, verbunden mit Nierenspannung, und deren Behandlung 266.
— Über Litholapaxie und Lithotripsie bei Hunden 267.
Hartmann 546. 549. 554.
—, K. 631.
Hartwig 411.
Harvard 655.
Hastings, T. W., Purpura haemorrhagica 597.
Hatch, W. K., Grofser Blasenstein 36.
Haupt, Walther, Über Nephritis syphilitica acuta im Frühstadium der Syphilis 342.
Hauser 657.

Hautzel 684.
Hays, John Edwin, Über Purpura 597.
Head 524. 525. 650.
Hebra 149. 213. 217. 298. 324. 389. 402. 405. 444. 645. 651.
Heckel, Alfred, Statistisches und Klinisches über die Scarlatina unter besonderer Berücksichtigung des erwachsenen Lebensalters 294.
Hectoen 130. 131. 607.
Heesel, Josef, Die Varicen der unteren Extremitäten, ihre Entstehung, ihre Folgen und ihre Behandlung 403.
Heidenhain, M. 511.
Heidingsfeld, Porokeratosis Mibelli 173.
— Trichorrhexis nodosa 631.
— 51.
—, L., Eine neue Art von Irrigationsstuhl für die Janetsche Methode der Blennorrhoebehandlung 316.
Heindl 279.
Heinzelmann, Georg, Über Endresultate der Behandlung der Aktinomykose 395.
Helbig, Errötende Schminke 580.
Hell 582.
Heller 41. 51. 52. 53. 528. 561.
—, Alfons, Über die Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs 403.
—, Julius, Beiträge zur Pathologie der spitzen Kondylome 625.
Hellmer, E., Über den therapeutischen Wert des Yohimbinum Riedel bei der nervösen Impotenz des Mannes 104.
Hellpach, Willy, Prostitution und Prostituierte 689.
Hellwig, Die Stellung des Arztes im bürgerlichen Rechtsleben 213.
— 566.
Hendriksen, Hans, Über einen Fall von Malum perforans pedis 290.
Henning 652.
Henoch 654.
*Hensel, Hermann, Über saure Kerne in der normalen Haut 531.
— 355.
Herbting, Josef, Über Harnblasendivertikel mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entstehung 33.
Héresco, Pierre, und Strominger, L., Die Stovainisierung des Rückenmarks bei den Krankheiten der Harnwege 64.
Hermanides, S. R., Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche 108.
Hermann 212.
Herold, Justin, Karbolsäuregangrän 643.
Herbsmann und Steinborn, Einige dunkle Punkte in der gegenwärtigen Lehre von der Syphilis 59.
Herxheimer 148. 238. 240. 469. 561.
Herxheimer, Karl, Weitere Beobachtungen über chronische atrophisierende Akrodermatitis 631.
Herzog 132. 607.
Herz, Kurt, Ein Fall von Sklerodermie 407.
Hess, C., Über die Augeneiterung der Neugeborenen 470.
Hessler 130. 605. 607.
Heubner 271. 321. 346. 552. 654.
Heuck, Chylurie 52.
— Lymphfistel 53.
Heusner, Prostatotomia infrapubica 458.
Heyden 277.
Heymann, Arnold, Die Cystitis trigoni der Frau 373.
Higginson, C. G., Petechienausschlag bei Erbrechen 284.
Himmel, J., Die Bedeutung der Morphologie, Anatomie und Bakteriologie für das Studium der Dermatologie 446.
Hinsberg 397.
Hirsch, Franz, Über Erythema induratum Bazin 84.
Hirschfeld 233. 239.
—, M., Ein seltener Fall von Hermaphroditismus 94.
—, Magnus, Der Einfluss des Alkohols auf das Geschlechtsleben 509.
—, Max, Ein Fall von chronischer Phenacetinvergiftung 284.
Hirschl 419.
Hirschmann 58.
Hirt, Willi, Ein Fall von akutester Cystitis (Chaude pisse) 452.
His 614.
Hitschmann 205.
Hochsinger, Über eine akute kongelative Zellgewebsverhärtung in der Unterkinngegend 289.
— 233. 240.
*Hodara, Menahem, Histologische Untersuchung eines Falles von Naevus linearis verrucosus unilateralis (Naevus nervosus s. Naevus systematisatus) 39. 439.
— Ein Fall von Akanthosis nigricans im Anschluss an ein Carcinoma mammae 378.
Hönigschmied, Die therapeutische Anwendung der Anaesthesie in der Heilkunde 269.
Hoessle, von, und Graeter, C., Über Novargan 274.
Hoffmann, v. 638.
—, Arthur, Zur Histogenese der Ureteritis und Cystitis cystica 118.
—, E. 342.
—, Erich, Über eine durch Scilla maritima hervorgerufene vesikulöse Dermatitis nebst Bemerkungen über die Bedeutung der Raphiden 92.
— Über einen Fall von zum Teil gangrä-

nösen Chancres mixtes an Lippe und Zunge mit später auftretendem Pseudoschanker am Unterarm 251.
Hoffmann, Erich, Ein Fall von Migräninexanthem 595.
— Über das Zusammentreffen von Lichen ruber und Diabetes mellitus nebst Mitteilung des histologischen Befundes bei Lichen sclerosus 623.
— Über Isoformdermatitis bei einem mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken 643.
— 53. 231. 237. 239. 268. 338. 378.
— und Schaudinn, Fritz, Über Spirochätenbefunde im Lymphdrüsensafte Syphilitischer 337.
—, M. 101. 102. 642.
Hofmann 525.
—, von 529. 599.
Holban 447.
Holländer, E., Die Technik der Hautnaht 218.
Holt, L. Emett, Blennorrhoische Infektion bei Kindern, speziell ihr Vorherrschen in Instituten und Vorbeugungsmafsregeln 465.
Holton, Henry D., Beeinträchtigung der Geburts- und Bevölkerungsziffer durch Syphilis und Blennorrhoe 530.
Holzknecht 230. 379. 390.
Homa, Edmund, Über einen Fall eines in der Harnblase perforierten Fremdkörperabscesses 458.
Home 376.
Honnorat 261.
Hoorn, van 436. 439.
Hopf, Referate 27. 97. 159. 162. 171. 173. 176. 213. 214. 264. 267. 387. 445. 446. 449. 491. 495. 515. 568. 577. 587. 589. 598. 599. 631. 632. 639. 643. 657. 658.
Hoppe 342.
— -Seyler 494.
Horand und Rochet, Steinbildungen in tuberkulösen Blasen 31.
Horaud 504.
Horrowitz 546. 549. 554.
Horwitz 76.
— Jacob, Beiträge zur Pathologie und Therapie der blennorrhoischen Epididymitis 468.
Howard, William Lee, Psychische Impotenz 266.
Huber, F., Pericarditis (blennorrhoica) 468.
Huchard, H., und Friessinger, Ch., Albuminurien scheinbar renalen Ursprungs bei Menschen im Alter von ungefähr 50 Jahren 116.
— Die Behandlung der Ödeme 282.
Hudson, C. T., Grofser Blasenstein 453.
Hübner 238. 240.
—, Hans, Über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse von der Spirochoeta pallida 627.
Huet 189.
Hueter 404.
Hug, Otto, Die Beziehungen zwischen Zellpolymorphismus und Entzündung, untersucht an einem Fall von figuriertem Rundzellensarkom der Haut 401.
Hughes, William E., und Wilson, Robert N., Syphilis der Lunge, Phthise vortäuschend 343.
Hutchinson 40. 170. 244. 263. 647.
—, J. N. 430. 432. 439.
Hyde 172. 197. 230. 304. 607. 609.
—, James Nevins, Scabies in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Canada 391.
— 130. 137. 138. 145.
— und Mc Ewen, Über die Beziehungen gewisser Hautkrankheiten zueinander und zu Änderungen im Gefäfssystem 171.

Jackson 157.
—, George T., Einige Fälle von Nagelerkrankungen 386.
Jacqué und Bayet, Die Spirochaeta pallida (Schaudinn) 379.
Jacquet 207. 238. 240. 554. 571.
—, L., und Rondeau, Über Vernix caseosa, hereditäre Seborrhoe und fötale Akne 389.
Jadassohn 41. 42. 43. 50. 51. 71. 150. 151. 510. 563. 637.
Jäger 57.
Jakowlew, S., Eine besondere, den Primäraffekt vortäuschende Art des Ulcus molle 448.
Janet, Entwurf zu einer medizinischen Reglementierung der Prostitution 258. — 467. 475. 555.
—, J. 19. 63. 66. 100. 250. 251. 316.
Janovsky 249.
Jansen und Dreyer, Über den Einfluls des Lichtes auf tierisches Gewebe 159.
Japha, Krämpfe auf luetischer Basis 347.
Jarisch 151. 190. 244. 332. 427. 438. 598. 647.
Jatho, Ein Fall von extragenitaler Folliculitis blennorrhoica 468.
Javal 594.
Jeanselme 427. 428. 438.
—, E., Die Lepra in Hinterindien, Vorschlag zur Reglementierung mit Rücksicht auf die Prophylaxe 329.
Jeckstadt, F., Über den kulturellen Nachweis des Gonococcus und seine diagnostische Bedeutung 462.
Jellinek 529.
Jenkins 544.
Jenner 153.

Jennisch 290.
Jesionek 155. 189. 338.
Jessner, Diagnose und Therapie des Ekzems 24.
— Dermatologische Heilmittel 214.
— Salben und Pasten mit besonderer Berücksichtigung des Mitin 578.
Ignatowsky, E., Über Scharlachdiphtherie 653.
Ikeda, Etsujiro, Hydroa vacciniformis (Bazin) 646.
Imbert, Léon, Bemerkung über die Radikalbehandlung der Hodenektopie 205.
— Die Fibrinurie 500.
Joachim, Hans, Ein Fall von Endaortitis luetica 345.
Joffroy 69. 169.
Johnson 91.
— James C., Das Melanom 172. 263.
Jones 117.
*Jordan, Arthur, Kurze Mitteilung über das weitere Schicksal meines Falles von Sarcoma cutis idiopathicum multiplex haemorrhagicum 200.
— Guter Erfolg durch Antistreptokokkenserum bei einem schweren Erysipelfall 396.
— Referate 280. 338. 344. 393. 462. 620.
Jordan, W. M., Eine einfache, erfolgreiche Erysipelbehandlung 442.
Joseph, Max, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 110. 269.
— und Polano, M. E. O., Cystodiagnostische Untersuchungen blennorrhoischer Sekrete 153.
— und Schwarzschild, Max, Über das Jothion 586.
— 189. 190. 234. 240. 436. 439. 490. 526.
Josseraud, Über Nephritis luetica in der Sekundärperiode 263.
Joubert 104.
Isaac I 52.
— II, Starke Schwellung des Penis und Skrotums 561.
Israel 121.
Judaliewitsch 477.
Juliusberg, Max, Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten 221.
— Zincum sulfuricum oder Silbersalze bei der Blennorrhoebehandlung 475.
— 88. 243.
Jullien 469.
—, J., Die akute Harnretention bei Prostatikern 74.
— 10.
—, L., Abnorme Lokalisationen der Blennorrhoe 204.
— 99. 233. 240. 502. 617. 619. 620.
Jungmann, Alfred, und Spitzer, Ludwig, Ergebnisse von 240 operierten Lupusfällen nebst Bemerkungen zur modernen Lupusbehandlung 107.
Just 172.
Justus 489.
Justus, J., Über Arsenvergiftung auf Grund einer mikrochemisch-histologischen Methode 53.
— Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. Über Quecksilbervergiftung 85.
— 85.
Jwanow, A. J., Referate 298.

Kahlbaum 515.
Kaiser, Sigismund, Zur Kenntnis der hämorrhagischen Hautsyphilide 339.
— Eine lebenbedrohende Intoxikation bei Anwendung 50%iger Resorcinpaste 592.
Kalischer 525.
Kalt 470.
Kaminer, S., und Senator, H., Krankheiten und Ehe 175.
Kampfmeyer, Vom internationalen abolitionistischen Kongrefs in Dresden, 22. bis 24. September 1904 160.
—, Paul, Die Wohnungsmifsstände im Prostitutions- und im Schlafgängerwesen und ihre gesetzliche Reform 162.
Kaposi, M. 20. 41. 42. 50. 86. 189. 245. 247. 368. 369. 402. 427. 428. 449. 618. 631. 646.
Karlinsky 688.
Kassai, Eugen, Einige Bemerkungen zu Sieberts Aufsatz: Über die Natur der nach der Justusschen Methode des Quecksilbernachweises in den Geweben erhaltenen Niederschläge 489.
Kassowitz 233. 240.
Kattenbrencker, Einige therapeutische Erfahrungen mit Fetron purissimum 583.
Katzenellenbogen, Über Salbengrundlagen 579.
— Referate 32. 217. 273. 278. 331. 469. 519. 525. 575. 576. 581. 582. 599. 646. 653. 659.
Kaufmann 213.
*— R., Über Santyl, ein neues Antigonorrhoicum 555.
Kaveczky, Béla, Ein Fall von Echinococcuscyste in der Umgebung der Prostata; Operation und Heilung 65.
— Ein operierter und geheilter Fall einer in der Prostatagegend sitzenden Echinococcuscyste 93.
Kelber 404.
Kelemen, Géza, Untersuchung über den Wert des Helmitols 272.
Kelly, Howard A., Welches ist der richtige Standpunkt des medizinischen Standes gegenüber dem sozialen Übel? 662.
— 441.

Kenerson, Vertner, Trockene Gangrän infolge eines Karbolsäureverbandes 288.
Kenkichi siehe Asahi.
Kering 419.
Keyes 351.
— sen. 497.
—, Edward L. jun., Entzündliche Verengerung der Pars posterior urethrae 497.
Kidd, H. C., Eine Bemerkung über „Entlassungsinfektion" bei Scharlach mit ungewöhnlicher Ursache 655.
Kiefer 462.
Kienboek 175.
Kiernau, Geschlechtswandlungen und psychische Impotenz 266.
Kimmel, Wilhelm, Beiträge zur Kenntnis der Gangrän der unteren Extremitäten 406.
Kimmerle, Adolf, Über das Malum perforans pedis 290.
Kincheloe, E., Quecksilbervergiftung mit einem Bericht über einen Fall, bei dem die entstandene Deformität nach einer solchen Vergiftung durch Operation mit Erfolg beseitigt wurde 276.
Kiolemenoglou 238. 240. 338. 572.
Kionka 225.
Kirchbauer, A. v., Behandlung der Furunkulose und Folliculitis mit Hefepräparaten 397.
Kircherius 233. 240.
Klebs 411.
Klein, R., Kasuistischer Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Dr. Aronsonschen Antistreptokokkenserums 271.
Klemperer 121. 233. 239.
Klingen, Hugo, Torsion des Samenstranges 38.
Klingmüller, Ein Beitrag zur Masern- und Scharlachbehandlung 658.
— 103.
— v., und Halberstaedter, L., Über die bakterizide Wirkung des Lichtes bei der Finsenbehandlung 222.
Klose, Heinrich, Über den Scharlach der Kinder mit besonderer Berücksichtigung des Fiebers 654.
Klotz, Hermann G., Über intramuskuläre Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate bei Syphilis 351.
— Walter C., Einige praktische Gesichtspunkte bei Cystoskopie und Ureterenkatheterismus 441.
Knabe, Heinrich, Untersuchungen über die Lebensdauer bei erworbener Syphilis 339.
Knapp, Hermann, Syphilom des Ciliarkörpers 340.
Knöpfelmacher 327.
Knoch, R., Ein Beitrag zur Kenntnis der cerebrospinalen Lues 347.
Kober, George M., Vorschläge für eine behördliche Überwachung der Geschlechtskrankheiten 520.
Koch 124. 330. 331. 332. 568.
Köbner 430. 439.
Köhnlein, Georg, Ein Fall von Naevus linearis verrucosus 411.
Koehler 402.
—, H., und Hall, G. C., Bericht über einen Fall von Blastomykosis 172.
König, Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Bauchgeschwülste 341.
—, Fritz, Über intermittierende cystische Dilatation der vesikalen Ureterenenden 117.
Köszeghy-Winkler, Béla von, Über Thigenol 587.
Kogerer, von 552. 554.
Kohn, Herpes zoster 149.
Kolben, Siegfried, Aus der polizeiärztlichen Praxis 600.
Kolischer 441.
—, Gustav, Vernarbungsblutgefäße bei Geschwüren der Harnblase 33.
Kolisko 233. 240.
Koller 52.
Kollmann 101.
Koplik 322. 466. 659.
Kopp 41. 51.
Koranyi 19.
Koren 50.
Kornfeld, Über Thigenol in der dermatologischen Praxis 278.
— 87.
— Ferd., Beiträge zur Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen 475.
Kowalewsky, P., Die Heilbarkeit der Syphilis und ihre Behandlung 447.
Kozlowsky 590.
Krafft-Ebing 503. 504.
Kraft, Wilhelm, Ein Fall von Cyanose und superfizieller Gangrän bei Hämoglobinurie 460.
Krans 326.
Krasnoglasow 436. 437. 439.
Kraus 238. 240. 371.
—, Alfred, Zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin) 248.
—, F., Über das Vorkommen von reichlichen Cylindern im Harn ohne gleichzeitige Albuminurie 113.
—, Rudolf, Über experimentelle Syphilis beim Affen 337.
*Krause, Friedrich, Die sogenannte Blastomykose der Haut 123. 198. 299. 601.
Krefting 183.
Kreibich 245. 283. 369. 430. 432. 434. 435. 439.
—, Karl, Die angioneurotische Entzündung 449.
— Lupus pernio 572. 644.
Kremer 234. 240.

Kren, Otto, Über die Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberkulose 88.
Kröner 50.
Krönig, Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die exsudative syphilitische Meningitis 622.
— 518.
Krogius 401.
*Kromayer, Resultate der Lichtbehandlung bei Alopecia areata 1.
*— Die Desmoplasie der Epithelzellen in der menschlichen Haut 477.
— Prinzipien und Fortschritte in der Behandlung nichtparasitärer Hautkrankheiten 216.
— Eine neue sichere Epilationsmethode durch Stanzen 410.
— Erwiderung auf Kühns Artikel: Die neue sichere Epilationsmethode Kromayers und die Elektrolyse 410.
— 52. 53. 77. 243. 335. 399. 410. 478. 515.
Krompecher, E. 477.
Kronacher 376.
*Krzysztalowicz, Fr., und Siedlecki, M., Spirochaete pallida Schaudinn in syphilitischen Erscheinungen 231.
— 234. 240.
Kudisch, Die Anthraxepidemie im Samaschen Gouvernement 447.
Kühn, Wilhelm, Die neue sichere Epilationsmethode Kromayers und die Elektrolyse 410.
Kümmel, Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie 487.
Kunter 38.
Kurita, S., und Dohi, Beiträge zur Lehre von Impetigo 505.
Kusunoki, E., Ein neuer Nährboden für die Gonokokkenkultur 211.
Kuznitzky 235. 240.
Kyle, D. H., Das Abschuppen beim Scharlach 655.

Laabs 638.
Lancéraux 69. 169. 206. 314.
Lacrapère, Gaucher und Delherm, Hautepitheliom durch Röntgenstrahlen geheilt 23.
Lamberger, J., Über lokale Heifsluftbehandlung 221.
Landow, Zur Pathologie und Chirurgie der Osteomyelititis gummosa der langen Röhrenknochen 486.
Landouzy 431. 432. 439.
Lang 212. 239. 244. 546. 554. 614.
—, Ed. 107.
Lange, Wilh., Über den Einfluss der Quecksilberbehandlung auf das Auftreten der tertiären Lues 349.
Langenbeck 218.
Langendorff, O. 639.
Langerhans 529.
Langhans 367.
Langstein, Leo, Die Albuminurien im Kindesalter 116.
Lanzi, Die Resistenz und die Reizbarkeit des kollagenen Gewebes und der roten Blutkörperchen bei einigen Dermatosen 209.
— Über das Verhalten der Kulturen des Typhusbacillus in Berührung mit Blutserum von Syphilitikern und Individuen mit Hauttuberkulose 210.
Lapinsky 450.
Laqueur, August, Die therapeutische Verwendung der Licht-Wärmestrahlen 223.
Laroche 497.
Laskowski, Zur physikalischen Therapie des Harn- und Geschlechtsapparates 155.
Laskowitz, Arthur, Carcinom des Hodens nach Trauma 70.
Lassar-Cohn, O., Über neuere Gesichtspunkte in der Dermatotherapie 216.
— Die Chemie im täglichen Leben 388.
— Über Haarkuren 575.
— 101. 102. 220. 228. 246.
Lasserre, J., und Dalous, E., Histologie der Radio-Epithelitis 20.
Lauber 419.
Laufer 406.
Laumonier, J., Über die durch Zahnaffektionen bedingte Alopecia areata (Pelade de Jacquet) 571.
Laurens, Über die Behandlung der syphilitischen Coryza bei Neugeborenen 636.
Laury und Loeper, Das Ödem 281.
Lauvereaux 262.
Lavaux, M., Über die Anästhesierung der Nieren und oberen Harnwege 95.
Laverau 240. 504.
Lavronal, Fr., und Armand, Ch., Die Quinckesche Krankheit, das akute angioneurotische Ödem 315.
Lawrow, W. A., Weiterer Beitrag zur Frage der Behandlung des Scharlachs mit Ichthyol 657.
Leaf, Cecil H. 618.
Leale, Medwin, Die Anwendung trockener Schröpfköpfe beim Herpes zoster 650.
Lebreton, Paul, Die rektale Untersuchung, ein diagnostisches und therapeutisches Mittel bei der akuten blennorrhoischen Urethritis 62.
— Die lokale Behandlung der chronischen Urethritiden 100.
Lecour 566.
Lechner 346.
Ledermann 52. 175. 176.
— Reinhold, Ein Fall von Pyodermite végétante 391.

Lefort 218.
Legrain, Emile, Der Syphiliserreger und der Hämatozoaire von Laveran 504.
— 164. 569.
Legren 171.
Legueu, Die Hypertrophie der Prostata 74.
— Das Carcinom der Prostata 501.
— 32. 50. 368.
Lehmann, W., Der heutige Stand der Röntgenbehandlung 575.
Leiner, Maculo-papulöses Syphilid 148.
— Bromakne 148.
— Lichen scrophulosorum 149.
— Ulcerationen am Hinterhaupte und am Rücken 244.
Leiter 90. 411.
Leloir 638.
Lemoine und Gallois, Die blennorrhoische Pleuritis 67.
Leonard, C. L., Neuerliche Fortschritte in der Technik der Behandlung mit Röntgenstrahlen 225.
Leotta, Die Varicen der Harnblase in ihren Beziehungen zur Diagnose und Behandlung der Blasensteine 454.
Le Pileur, Technik, Zusammensetzung, Dosis und Verlauf der Behandlung der Syphilis mittels intramuskulärer Injektionen von Oleum cinereum 259.
Léquyer und Ollive, Staphylokokkenurethritis nach Coitus ab ore 450.
Leredde, Über die Ursachen der Irrtümer und über die Methodik in der Therapie 67.
— Die vegetarische Diät bei der Behandlung der Akne rosacea 67.
— Die Behandlung des Pruritus vulvae mit Zinkpaste 168.
— Die Debatte über die progressive Paralyse in der Académie de médecine. Claude Bernard und die Statistik 314.
— Die Natur der Mykosis fungoides und die Radiotherapie. Lupus vulgaris und Radiotherapie 378.
— Die familiären Hautkrankheiten 571.
— Über die Anwendung des Thiols in der dermatologischen Praxis 588.
— 434. 435. 439. 551.
— und Martial, R., Behandlung des Ekzems mit Radiotherapie 372.
Lereni 434. 435. 439.
Leskien, Friedrich, Die Rolle der Heredität in der Ätiologie des Xanthoms, nebst Mitteilung einer Beobachtung von Xanthom bei drei Geschwistern 402.
Lesser 87. 161. 618. 620.
— E., Über die Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 183.
— Zur Finsen-Behandlung des Lupus 334.
—, F. 562.
Leube, W. v., Zur Frage der physiologischen Albuminurie 116.
Leusmann, Fredric, Blasengeschwür 444.
Levaditi, C., Über kongenitale Syphilis mit Spirochaeta pallida Schaudinn 207.
— 207. 237. 238. 240.
Leven, Leonhard, Zur Frage der Blennorrhoeheilung und des Ehekonsenses bei Blennorrhoe 87.
Levi 233. 240.
Levico 216.
Levin 238. 240.
Levy-Dorn 287. 387.
Lévy, Paul Emil, Über Spermatorrhoe und deren Behandlung 455.
— -Bing, Über intramuskuläre Injektionen einiger Quecksilbersalze bei der Behandlung der Syphilis 502.
— Über die Bakteriologie der Syphilis. 1. Die Färbemittel der Spirochaeta pallida, 2. Spirochaeta pallida im Blute von Syphilitischen 504.
— A., Über den Einfluss des Quecksilbers auf die Spirochäten im allgemeinen und besonders auf die Spirochaeta pallida 504.
Lewin 93. 250. 289.
—, Berthold, Ein Fall von Lues cerebri mit schwerer Psychose unter dem Bild eines langdauernden Stupors 348.
Lewis, Bransford, Ein Fall von chronischer Entzündung der Samenbläschen, Entfernung derselben und Heilung 455.
Lexer, Radikaloperation eines Prostatacarcinoms 487.
Leyden, von 271. 529.
Lichthorn, Bruno, Über einen Fall von Rhinosklerom 394.
Lieberg 414.
Lieberkühn 469.
Liebrecht 475.
Lieven, A., Therapeutische Notizen zur Syphilisbehandlung 350.
Lifschitz, Sophie, Über die Jodausscheidung nach grofsen Jodkaliumdosen und bei cutaner Applikation einiger Jodpräparate 89.
Lingard 233. 240.
Lionti, Die Pathogenese der anatomopathologischen Veränderungen und des rasch eintretenden Todes bei den ausgedehnten Verbrennungen der Haut 289.
Lipmann 561.
Lipschütz, Berichtigung 414.
— 244. 586.
— B., Klinische und bakteriologische Untersuchungen über das Ulcus venereum 248. 369.
Lisle, de 233. 240.
—, Armet de 577.
—, Justin de, Beitrag zur Serumtherapie der Syphilis 99.
— Über die Serumbehandlung der Syphilis 103.
Liszt 566. 567. 600.

Littler, R. M., Infektiosität bei Scharlach 296.
Littre 244.
Loeb 240. 741.
—, Fritz, Über den therapeutischen Wert des Pyrenol, nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem 586.
— Referate 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 36. 37. 70. 72. 73. 75. 113. 120. 121. 122. 178. 182. 183. 186. 187. 188. 192. 215. 218. 221. 223. 228. 230. 274. 277. 282. 286. 287. 288. 289. 290. 293. 294. 298. 321. 322. 323. 324. 328. 330. 331. 332. 333. 337. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 352. 389. 390. 391. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 401. 402. 403. 406. 407. 411. 412. 413. 451. 454. 459. 460. 461. 462. 463. 467. 468. 470. 476. 512. 513. 528. 529. 653. 654. 659. 660.
— Heinrich, Seltene Lokalisation eines Antipyrinexanthems 595.
— R., Über Urethritis non gonorrhoica und Irritationsurethritiden 18.
Löffler 295. 313.
Loeper und Laury, Das Ödem 281.
Loewald, A., Referate 20. 27. 28. 29. 31. 36. 57. 74. 75. 116. 120. 122. 179. 184. 216. 221. 222. 225. 227. 285. 286. 320. 322. 323. 328. 329. 330. 332. 338. 340. 347. 386. 396. 397. 408. 409. 410. 412. 413. 457. 458. 459. 460. 461. 464. 467. 472. 475. 515. 516. 520. 521. 530. 575. 583. 593. 594. 639. 640. 641. 656. 657. 659. 662.
Löwe, A., Alkohol-Silbersalbe 271.
Loewenfeld, L., Über sexuelle Abstinenz 164.
Löwenheim, Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Feldmann: Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Erysipel mit Argentum colloidale 396.
— M., Über ein Sarkom der Harnblase mit seltener Generalisierung und sarkomatösen Magengeschwüren 29.
Loewenthal, Erfrierung 288.
— 238. 240.
Löwy, Karl, Zur Kenntnis der entzündlichen Atrophie des subcutanen Fettgewebes mit Bemerkungen zur Arbeit des Dr. T. Suzuki 371.
Lofton, Lucien, Eine improvisierte Methode der Varicoceleoperation 71.
Lohnstein 71.
—, H., Untersuchungen über das Kaliber der Harnröhre bei chronischer Urethritis 376.
—, Rudolf, Lichterscheinungen nach Reibung der menschlichen Haut mit Glühlampen. Bemerkungen zu der Mitteilung von Professor Sommer 515.
Lohrisch, Hans, Zwei Fälle von „sporadischem Skorbut“ 285.
Lombardo, Das Fibrin bei einigen Formen der Hauttuberkulose 106.
— Über Riesenzelleneinschlüsse 574.
Lombroso 493. 639.
London 229.
Long, Edw. C., Bericht an das Kolonialamt über eine Untersuchung betreffs Ausdehnung und Verteilung der Lepra in Basutoland 57.
Looss 409.
Lortet 333.
Lossen 598.
Lostorfer 234. 235. 240.
Lotheissen 242.
Lotsch, Fritz, Beitrag zur Frage der Wirksamkeit innerer Medikation beim Erysipel 395.
Low 408.
Lubarsch 638.
Lublinski, Akzidentelle Vaccination der Nasenschleimhaut 328.
Lubowski, M., Über die interne Behandlung der Blennorrhoe unter besonderer Berücksichtigung des neuen Antiblennorrhoicum Gonosan 474.
— 94.
De Lucca 545.
Lucke, Robert, Über Novargan 255.
— Zur Behandlung der Trippermetastasen des Mannes 467.
Lugol 361. 511. 515.
Luiken, Hermann, Elephantiasis nach Lymphdrüsenexstirpation 396.
Lustgarten 233. 239.
Luton, E. 590.
Lukasiewics 436. 437. 439.
Lukasiewic 245.
Lüttich 654.
Luxenhofer 242.
Luys 154. 266.
—, Georges, Über die Anwendung der Urethroskopie bei der Untersuchung der Harnblase und bei der Behandlung der Cystitiden des Weibes 68.
— Die direkte Cystoskopie 203.
Lydston, G. Frank, Beitrag zur plastischen Chirurgie der Harnröhre 451.

M'Call Anderson, Eindringliche Empfehlung des Tuberkulins für ausgedehntere Anwendung in der ärztlichen Praxis 568.
— 176.
MacDonald, Childs, Bemerkungen über Diagnose und Behandlung des Trippers 445.
McEwen und James Nevins Hyde, Über die Beziehungen gewisser Hautkrankheiten zueinander und zu Änderungen im Gefäfssystem 171.

MacGowan, Granville, Das Adrenalinchlorid bei Hämorrhagien und angioneurotischen Krankheiten der Haut 263.
Macintyre 229. 230.
Mackenzie 50.
Mackie, W., Einige klinische Verwendungsarten der Jodsäure und deren Salze 273.
Macleod, J. M. H., Histopathologie des multiplen idiopathischen hämorrhagischen Sarkoms 20.
— 434. 435. 439.
McPhedran, Alexander, Ein Fall von multiplen Talgdrüsencysten 264.
Macridès, Nicolas G., Beitrag zum Studium des Scharlachs und des Scharlachausschlags 656.
Mc. Weeney 238. 240.
Magalhäesi 408.
Maissonneuve 35. 187. 210. 268. 281. 289. 331.
Majocchi 256.
Malassez 401. 572.
Malherbe, A., Bemerkung über einen Fall von schwerer Hämaturie hämophiler Natur infolge einer Bougierung 65.
— Über einen Versuch mit Serumbehandlung bei Syphilis 104.
—, Henri, Die Nephritis syphilitica secundaria 98.
Malinowski, Felix, Hydroa vacciniformis 293.
Mallory 655.
Malpighi 252. 370. 374. 418.
Mamurowsky 201.
Manchot 41. 51.
Mangin, Julius, Das Hermophenyl in der Behandlung der Syphilis 352.
Mann, J. D., Ursachen und Behandlung des Ödems 594.
Mannaberg, Julius 388.
Mannino 434. 435. 439.
Manson 211.
Mantegazza, Über die Rolle des Staphylococcus aureus und des Bacillus pyocyaneus bei einigen Dermatosen 186.
— und Ciuffo, Die Prostitution in Toskana und Sardinien 176.
Maratin, Über den Syphiliserreger 207.
Marchais 403.
Marchand 562.
— L., Über allgemeine Paralyse und Syphilis 348.
Marcus, Karl, Ein Fall von Venensyphilis im Sekundärstadium 488.
Marcuse 492.
—, J., Zur Behandlung der Blennorrhoe 59.
—, M., Noch einmal: Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? 564.
Marfan 589. 634.
—, A. B., Über Scarlatinoid nach Diphtherie 297.
Margouhes, M., Über Priapismus 446.
Marie 21.
Marino 237. 238. 504.
Markus 233. 240.
Markuse 233. 239.
Marlow, Frederic W., Vergrößerung der Vorsteherdrüse 171.
Marschalko 233. 239.
— Thomas von, Über einen eigentümlichen Fall von circumskripter profuser Hauttalgsekretion (ein Beitrag zum Nerveneinfluſs auf die Hauttalgabsonderung?) 626.
Marsh, J. H., Antistreptokokkenserum bei toxischem Scharlach 319.
Martial, René, Bericht: Fournier, Über die syphilitische progressive Paralyse, mit Diskussion 67.
— und Leredde, Behandlung des Ekzems mit Radiotherapie 379.
— 67. 169. 572.
Martin, Aimé 615.
Martineau 233. 239.
Martinet, Alfred, Das Salicylarsenquecksilber 587.
—, Georges, Über Aktinomykose und Syphilis des Musculus sterno-cleido-mastoideus 395.
Martini 621.
— und Rondel, Ein Fall von Meningokokken-Septikämie 596.
Martouret, Benoit du, Infektiöse polymikrobielle Prostatitis und Cystitis, Heilung 63.
Masinow 404.
Massow, von 567.
Matterstock 233. 239.
Matthews, V., Zwei Fälle von Intoxikation durch die äuſserliche Applikation von Belladonna resp. Atropin 643.
Matzenauer 155. 213.
Mauté, A., und Tuffler, Th., Die intravesikale Scheidung des Urins; ihr Wert für die Diagnose des anatomischen und funktionellen Zustandes der Niere 60.
Mauthner 340.
Maximow, Über die Operation der vollkommenen Entmannung bei krebskranken Männern (Emaskulation totale) 878.
Mayer, Sigmund 404.
—, Vincenzo, Der farblose Teer Anthrasol in der Hand des praktischen Arztes 270.
Meder, Ein Fall von Syringomyelie 291.
Meille, L., und Fornaca, L., Über das Vorkommen des Eberthschen Bacillus im Harn Typhuskranker 380.
Meisels, J., und Brauner, L., Versuche mit Creolin bei Behandlung von Furunkulose 397.
Meissner 41. 44. 50.

Meitner, Wilhelm, Über Anthrasol und Anthrasolpräparate 582.
— Beiträge zur Kenntnis der Vasole und Vasogene 588.
Melun, Technik der Harnröhren- und Blasenspülungen 27.
Melvin, George G., Strittige Punkte bei der Syphilis 170.
Mendelsohn, Ludwig, Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum 320.
Mendes da Costa, S., Über die Atrophie und das Epitheliom der Haut nach Anwendung der Röntgenstrahlen 314.
Ménétrier, P., und Bloch, Louis, Ein Fall von diffuser Sklerodermie. Beträchtliche Besserung durch Behandlung mit Schilddrüse 66.
Mercier 203.
Merk, L., Über Pellagra 651.
Merzbach 253.
—, G., Nachprüfung der therapeutischen Wirkungen des Gonosan 473.
Metcalf, William F., und Stafford, Honier E., Ein Fall von Carcinom des Ureters, augenscheinlich verursacht durch einen im juxtavesikalen Abschnitt gelegenen Stein 120.
Metschnikoff 337.
—, El. 101. 102. 238. 240. 246.
— und Roux, Em., Untersuchungen über die Mikrobien bei Syphilis 102.
— Mikrobiologische Untersuchungen über die Syphilis 168.
— Experimentelle Studien über Syphilis 102.
Meyer 467. 657.
—, Carl, Zur Kenntnis der Duodenalstenose 528.
— E. v. 528.
—, Ferdinand, Ein Fall von angeborenem grofsen Blasendivertikel 154.
—, Friedrich, Die intrakanalikuläre Form der Hodentuberkulose. Untersuchungen mit Weigerts Elastinfärbung 70.
— Die klinische Anwendung des Streptokokkenserums 271.
— 87.
—, Hans, Ein Fall von Ischias mit komplizierendem Herpes 293.
— Über tödlich verlaufende Quecksilberdermatitiden 645.
—, Jakob, Varicellen, Ausgang in Tod 323.
—, Ludwig, Ein Fall von Adenocystoma papilliferum vulvae und ein Fall von Flimmerepithelcyste des Sulcus interlabialis vulvae, ein Beitrag zur Genese der Vulvacysten aus embryonaler Verlagerung von Entodermepithel 121.
Meyer, M. 616.
—, N., Über Gonosan 473.
—, Otto, Über Pikrinsäureverwendung bei Hautkrankheiten, besonders bei Ekzem 275.
Merzbach, G., Hygiene in den Friseur- und Rasierstuben 517.
Mezerette, Die Kompression bei der Phototherapie 21.
Mibelli, Vittorio, Über zwei weitere Fälle von Porokeratose 257.
— Über eine neue Formel zur Bereitung von Teer- und Anthrasolbädern, -Waschungen und -Einpackungen 268.
— Zu der Abhandlung von Truffi „Über einen Fall von Porokeratosis systematisata“ 377.
— 173. 294. 400.
Michaelis, L., Einige Arbeiten über die Wirkung der fluoreszierenden Stoffe 577.
Michäiloff 375.
Michel 51. 219.
Migliorini, Klinischer und histologischer Beitrag zur Kenntnis der Hautsarkome 267. 574.
Mikulicz, v. 28.
Milian, Über Syphilis der Trachea 634.
Miller, H. 141. 608.
—, J. W., Purpura als Spätkomplikation bei Scarlatina 286.
Millet, M. C., Eine einfache Methode der Cystoskopie 27.
Minervini 404.
Minne, A., Ein neues Trichophyton mit violett-farbiger Kultur, in Flandern beobachtet 182.
Mireur 566.
Mitsuda, K., Über Tätowierung und ihre Beziehungen zu Leprabazillen 210.
Möller 227. 638. 646.
—, Magnus, Mitteilungen aus der Abteilung für Lichtbehandlung im Krankenhause St. Göran in Stockholm 449.
— 555.
Moffatt, C. W. P., Albumosuria myelopathica 117.
Mohr, Heinrich, Über unvollständige Torsionen des Samenstranges mit spontanem Rückgang 38.
— Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie 456.
Moinichen 28.
Molherbe, Henri, und Texier, V., Syphilis bucco-pharyngealis; mehrfache und nacheinander auftretende Schanker 378.
Moll, Albert, Die Verantwortlichkeit bei Mitteilungen seitens des Arztes (mit besonderer Berücksichtigung der Ratserteilung) 600.
Molnár, Viktor, Über die interne Anwendung des „Adrenalin“ mit besonderer Rücksicht auf die skarlatinöse, hämorrhagische Nephritis 320.

Monel, Ein Fall von Dermatitis artificialis durch äufsere Einwirkung von Eosin, ein seltenes ätiologisches Moment 65.
Monnier 108.
Montgomery 133. 134. 135. 172. 196. 197. 607. 609.
— Douglas W., Dermatitis coccidioides 264.
— Die Syphilisansteckung des Arztes im Beruf 386.
— Ein Fall von Staphylokokkeninfektion der Tonsille, welche Schanker vortäuschte 445.
— 136. 140. 607. 608.
—, Frank Hugh 141. 145. 304. 608.
Moore, Ichiel T., Ekzem 443.
Morel und Dalous, Ein einfaches Mittel, die Gonokokken im Präparat zu färben 319.
Morin, P. S. A., Über Hauttransplantation nach den Methoden von Ollier-Thiersch und Lefort 218.
Morris, M., Neue dermatologische Heilmittel 579.
Morrow 172.
—, Howard, Äthylchlorid in der Zostertherapie 887.
—, Prince A., Die soziale Prophylaxis und die Ärzte 882.
— Die sanitäre und moralische Prophylaxe der venerischen Krankheiten 520.
Morse, John Louett, Hämaturie als frühestes oder einziges Symptom von infantilem Skorbut 286.
Morvan 407.
Moser 182. 820.
Moskalew, Versuche der Überimpfung von Gonokokken auf die kleinen Laboratoriumstiere und Versuche einer Serotherapie 462.
Moskowicz 246.
Mosse, Max, Zur Kenntnis der Pseudoleukämie und der Werlhofschen Krankheit 285.
Motel 262.
Motet 169.
Motz 256. 257.
—, B., und Perearnau, Beitrag zum Studium der Entwicklung der Prostatahypertrophie 632.
—, W., und Bartrina, J., Abscesse der Dammgegend und diffuse Phlegmonen 448.
Mraček, Franz, Lupus erythematosus 244.
— Xanthoma tuberosum 245.
— Handbuch der Hautkrankheiten 213. 637.
— 148. 149. 150. 205. 245. 545. 546. 552. 554. 616.
Mühsam, Ernst, Ein Beitrag zur Histologie der Mycosis fungoides 394.
Müller 50. 190. 356. 357. 359. 411.
Müller, Benno, Ein neues Verfahren der Blutstillung 122.
—, Die moderne Wundbehandlung 217.
— C., Referate 33. 37. 69. 72. 105. 117. 174. 176. 178. 294. 332. 333. 337. 341. 343. 349. 390. 397. 401. 407. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 459. 463. 516. 573 574. 595. 646. 658.
—, G. J, Über die Entwicklung und den derzeitigen Stand der Aktinotherapie. I. Lichttherapie 576.
—, Pascal, Beiträge zur Kenntnis des Morbus Addisonii 403.
—, R., und Scherber, G., Zur Ätiologie und Klinik der Balanitis erosiva circinata und Balanitis gangraenosa 489.
Münch 175.
Mulert, Windpocken bei Erwachsenen 323.
Mundorff, Theodore, Ein Fall von Hufeisenniere während einer Nephrektomieoperation an der Leiche gefunden 96.
Munro 76.
Murphy 132. 607.

N., E., Der Tierpark des Physiologen 103.
Nacht, Albert, Die bei Erkrankungen der Meningen beobachteten Erscheinungen mit besonderer Berücksichtigung der okularen Symptome 346.
—, Edmund, Therapeutische Mitteilungen über die Verwendbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds 278.
Nadler, Robert, Statistischer Beitrag zu dem Verlaufe der Mortalität an Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und Masern in der Schweiz in den Jahren 1876—1900 653.
Naether 438.
Nagel, W., Handbuch der Physiologie des Menschen in vier Bänden 268. 639.
Nageotte, Die antiseptische Behandlung der Brandwunden 599.
Narich, B., Irrigationen mit heifsem Wasser bei Blennorrhoe 501.
Nasarow, M. S 657.
Nash, J. T. C., Die schützende Kraft der Vaccination 327.
Nassauer, Erfrierung? 288.
Neelsen 511.
Neisser, Schreiben an Lesser und Blaschko, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 161.
— Abänderung des § 300 des Reichsstrafgesetzbuchs und das ärztliche Anzeigerecht in ihrer Bedeutung für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 629.

Neisser 41. 101. 103. 159. 221. 277. 363. 475. 491. 555. 630.
Neudörfer 235. 240.
Neugebauer 266.
Neuhaus, Ärztliche Unvorsichtigkeit 122. — 158.
Neumann, Is. 13 50. 148. 149. 151. 283. 546. 554. 617. 620.
Neustätter, Otto, Menschliche Haut und Elektrizität 179.
Nicolaier 570.
Nicolich, G., Retrovesikaler Abscefs, spontane Darmperforation nach Eröffnung des Abscesses 63.
— Über die Behandlung der Prostatiker im Stadium der inkompletten, chronischen, aseptischen Retention mit Dilatation der Blase 64.
— Über die verschiedenen Formen von Prostatahypertrophie und über ihre Behandlung 78.
— Behandlung der Prostatahypertrophie bei inkompletter Harnretention mit Blasendilatation 74.
Niemeyer, Albert, Referate 298. 516. 577. 595. 596.
Niessen 234. 240.
Nissen, von, Zur Naturheilbewegung 298.
Nitze 29. 168. 203. 487. 498. 499. 501. 632. 633.
Nobe, Walther, Über Blasenruptur 33.
Nobl, Papulöses Syphilid mit Psoriasis 245.
— Lupus vulgaris disseminatus 245.
— — erythematosus disseminatus 245.
— Alopecia arteficialis 246.
— Zum Kapitel der Graviditätsdermatosen 645.
— 149. 243. 244. 247.
—, G., Zur Kenntnis der Urticaria xanthelasmoidea 83.
— Beiträge zur Onychopathologie 525.
Nocht 515.
Nopp, Paul, Weitere Untersuchungen über elastische Fasern in Geschwülsten 187.
Nothnagel 438. 449.
Nottebohm, P. François, Die Lichtbehandlung des Lupus vulgaris 333.
Notthafft, von, Prostatitisschmerzen und chronische Prostatitis 72.
— Epilog zum zweiten Kongrefs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten am 17. und 18. März in München 254.
— Bemerkungen zu den Ausführungen des Herrn Dr. Wilh. Hammer-Berlin (Mädchenverschleppung zur Prostitution) 492.
— 492. 559. 564.
Nowikow 590.
Oberländer 255.
Ochsner, Albert J., Wichtige Punkte in der Technik der peritonealen Prostatektomie 383.
Oedmannson 285.
Oehler, Rud., Behandlung chirurgischer Tuberkulosen durch Freilegung und mit örtlicher Tuberkulinanwendung 331.
Ohmann-Dumesnil, A. H., Die konstitutionelle Therapie der Gürtelrose 77. 240. 443.
Ohno, T., Über die Therapie der Bubonen 211.
Okuhawa, S., und Sakurane, Ein Fall von Lichen ruber acuminatus 507.
Olgivie 573.
Ollier 218.
Ollive und Léquyer, Staphylokokkenurethritis nach Coitus ab ore 450.
Omeyrat und Soltrain, Spirochaeta Schaudinn in syphilitischen Schankern 505.
Opfergeld, Heinrich, Über die Degeneration der elastischen Fasern bei Entzündungen 187.
Oppenheim, Atrophia cutis idiopathica 148.
— Syphilid mit hypertrophischen Papeln 150.
— Atrophia cutis idiopathica 247.
— Syphilis corymbosa 150.
— Purpura rheumatica 246.
— 238. 240. 346.
—, Moritz, Die Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica) 392.
—, M. 589. 590. 591.
Oraison, J., Über den Katheterismus bei Kranken mit Harnröhrenverengerungen 634.
Ormsby, Oliver S., Ein einheimischer Fall von tuberöser Lepra 330.
— 141. 230.
Orth 16. 554.
Osokin, N. E., Zur Frage der Veränderungen des Nervensystems bei Gonokokkeninfektion 464.
Osler 189.
Ostwald 225. 276.
Oswald, J., Über Masern bei Erwachsenen nach Beobachtungen auf der Züricher Universitätsklinik 321.
Otis, William K., Ein neues Elektrocystoskop 168.
— Das neue Elektrocystoskop 411.
— 376.
Otto, Alfred, Lupusbehandlung in der Kieler chirurgischen Klinik 333.
Oudin 175.
Owens 133.
Oyama, R., Die Entwicklungsgeschichte des Deckhaares der weifsen Maus 177.

Pacini 538.
Paget 55. 445.
Pallulon, Bronislawa, Ein Fall von wahrscheinlich syphilitischer Schrumpfniere im Kindesalter 342.
Paltauf 238. 240. 427. 428. 431. 437. 438.
Panichi, Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese des Ekzems 106.
Papins (Karl von), Das Radium und die radioaktiven Stoffe 212.
Pappenheim 357.
Parascandolo, Carlo, Über Gifte im allgemeinen mit besonderer Berücksichtigung des Verbrennungsgiftes 599.
Parlato, Über zwei Fälle von Ulcus phagedaenicum der Genitalgegend 397.
Paschen 238. 240.
Paschkis, Stanzverfahren nach Kromayer 243.
— jun., Abnormität der Urethra 244.
*—, Rudolf, Zur Frage des Vorkommens der Talgdrüsen am inneren Blatte des Präputiums 483.
Pasini, A., Zur Ätiologie der Syphilis 268. 573.
— Über die neuesten Entdeckungen von Protozoen bei der Syphilis 268.
Passarelli, F., Klinischer Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des Gonosans 492.
Pasteur 330.
Patschkowski 570. 654.
— K., Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlach-Nephritis 321.
Pauchet 64. 65.
— Victor, Die chirurgische Behandlung der Nephritiden 68.
Paul 518.
Paulsen 234. 240.
Pautrier 65.
—, L. M., Über die Anwendung von Pasten in der Dermatologie und als Abschluss oberflächlicher Wunden 220.
Pawlow 447. 448.
Payer 431.
Payot, E., Beitrag zum Studium der Sklerodermie 407.
Péchen, A., 447.
Pecirka 41. 51.
Pekar, Lydia, Über die Beobachtungen von Lepra auf der medizinischen Klinik in Zürich 330.
Pelagatti 106. 432. 434. 436. 437. 438. 439. 488. 610. 611.
Pelizaeus, Zur Technik der Jodipininjektionen 583.
Penel, R., Die Filarien des menschlichen Blutes 408.
Pentz, Alwin, Zur Behandlung der Varicen und der varikösen Ulcera 403.
Penzo 404.
Perearnau und Motz, B., Beitrag zum Studium der Entwicklung der Prostatahypertrophie 632.
Perthes 227.
Petersen 41. 50. 446. 447. 554.
Pezzoli 71.
Pfeiffer 234. 240. 247. 343. 409.
*Philip, Caesar, Erwiderung zu dem Aufsatze von Dr. Vehmeyer über das Unterschenkelgeschwür 15.
Philipp, Die Röntgenbestrahlung der Hoden des Mannes 71.
Philippi, Referate 35. 36. 59. 66. 73. 95. 98. 110. 112. 117. 225. 256. 260. 269. 273. 277. 279. 284. 286. 287. 296. 297. 298. 320. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 330. 332. 344. 347. 389. 390. 391. 394. 399. 453. 461. 468. 493. 502. 510. 517. 525. 565. 571. 580. 595. 597. 599. 633. 643. 650. 651. 655. 656. 660. 661.
Phillips, Wendell C., Experimente mit Radiumstrahlen 577.
Philippson 41. 42. 50.
Piccardi 546. 552. 554.
Pichard, Georges, Beitrag zum skarlatiniformen Erythem bei Typhus 596.
Pick 248. 250. 280. 563. 616.
—, Ludwig, Uber Adenome der männlichen und weiblichen Keimdrüse bei Hermaphroditismus verus und spurius 411.
—, Richard, Variola und Varicella 324.
—, Walther, Ein Fall von sogenannter Urticaria perstans 280.
Picker, Der Pneumococcus Fraenkel als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen 154.
Piffard 222.
Pignot 546. 549. 554.
Pinard 169. 206.
—, A., Über Syphilis bei Ammen und Säuglingen 260.
Pincus, Pohl- 404.
Pingel, K., Ein Beitrag zum Kapitel der Blasensteine 81.
Pinkus 9. 52. 562. 624.
— Streifenförmige Sklerodermie 562.
— Felix, Über Hautsinnesorgane neben dem menschlichen Haar (Haarscheiben) und ihre vergleichend anatomische Bedeutung 180.
— Technik der Jodipin-Injektion 414.
— Referate 51. 561.
Pinto, Beziehungen zwischen Meningococcus und Gonococcus 462.
Piórkowski 234. 240.
Piqué, Lucien, Varicocele und Zwangsvorstellung 204.
Pisko, Edward, Allgemeine Therapie bei Hauterkrankungen 444.
Plattner, Robert, Blasensteinbildung nach Pfählungsverletzung 81.
Plaut 313.

Playfair 122.
Podres 257.
Poirier, P., 616. 617. 618.
Palano, M. E. O., und Max Joseph, Cytodiagnostische Untersuchungen blennorrhoischer Sekrete 153.
Polland, Rudolf, Ein Fall von „systematisiertem Naevus“ 87.
— Ein Fall von Jodpemphigus mit Beteiligung der Magenschleimhaut 283.
Pollitzer, J., Ein eigentümliche Carcinose der Haut (Carcinoderma pigmentosum Lang) 368.
— Referate 147. 148. 243. 245.
— 150. 151.
Pollock, H., Zur Technik der Endoskopie 58.
Polotebnoff 189.
Pommay, Henry, Über die Natur, Kultur, Impfung und präventive Vaccination des Syphiliserregers 505.
Poor 151.
—, Franz v., Zur Anatomie der Schleimhautaffektionen bei Lichen planus (Wilson) 628.
*Porosz, Moriz, Das Abstoßen des Nagels 82.
— Urotropin, Hetralin, Helmitol, Uritone, Gonosan und Arbovin bei Cystitis 562.
— 19. 255.
Posada s. Wernicke.
Posemann, O., Über den rezidivierenden Herpes digitalis und facialis und seine Beziehungen zum Zoster 293.
Posner, C., Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs; Urotropin und dessen Ersatzmittel 34.
— Inwieweit beeinträchtigt eine Bougiekur die Erwerbsfähigkeit? 155.
— Die Balneotherapie der Harnkrankheiten 578.
— Erwiderung auf Rothschilds Bemerkungen zu „Prostatasekret und Prostatitis“ 459.
— und Rapoport, L., Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage 459.
Pospelow, Röntgengeschwüre 620.
—, A., Zur Therapie der Follikulitiden 447.
Pospischill, Dionys, Ein neues, als selbständig erkanntes akutes Exanthem 661.
Pott 50.
Pousson, Alf., Beitrag zum Studium der Nierentuberkulose und ihrer chirurgischen Behandlung 167. 201. 204.
— 100.
Poynton, F. J., Einige Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Scharlach, Rubeola und Masern 322.
Pravaz 349. 638.
Preisich, Kornel, Der Einfluß des Urotropins auf die Entstehung der skarlatinösen Nierenentzündung 654.
Profeta 573.
Pürckhauer, Rudolf, Über einen Fall von traumatischer, intraperitonealer Blasenruptur mit Heilung 36.
Pugh, W. T. Gordon, Über die Infektiosität und die Behandlung der Skarlatina 295.
Pullmann, Willy, Beitrag zur Kasuistik der Elephantiasis penis 396.
Pusey 228.
Putzler, Referate 120. 221. 270. 272. 273. 279. 287. 290. 291. 319. 321. 324. 332. 337. 339. 352. 393. 397. 400. 403. 413. 414. 451. 467. 474. 514. 515. 524. 528. 575. 595. 597. 600. 642.

Quéré, Über Prostatektomie bei Prostatahypertrophie 75.
Quest, Robert, Zur Therapie des Scharlachs 657.
Queyrat 166. 618.
Quincke 244. 281. 282. 315. 450. 571. 595.
Quinquaud 55.

Rabinowitsch 366.
Rabl, C. 478.
Rahn, Arthur, Referate 72. 73. 75. 108. 118. 182. 184. 218. 220. 272. 274. 275. 280. 284. 321. 324. 326. 327. 328. 331. 333. 402. 406. 452. 454. 467. 473. 475. 518. 530. 577. 581. 586. 587. 588. 592. 594. 599. 649. 655. 662.
Ramazotti, Klinische und pathologisch-anatomische Bemerkungen über einen Fall von Mycosis fungoides 106.
Ranke 394.
Ranvier 430. 431.
Rapoport, L., und Posner, C., Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage 459.
Rath, Hugo, Zur Therapie des Unterschenkelgeschwürs, „doppelter Binde“ (Vörnersche Methode) 253.
Rausch, Heinrich, Referate 26. 29. 37. 114. 117. 175. 177. 181. 183. 216. 219. 228. 273. 281. 285. 293. 296. 323. 350. 391. 410. 414.
Rauscher, Adolf, Über einen Fall von gummöser Myocarditis 344.
Ravasini 590.
Ravaut, P., Überimpfung von Syphilis auf den freien Lidrand von Makaken 377.
— 207.
Ravogli, Lichen planus verrucosus 171.
Raymond 69. 169. 206. 262.

Raynaud 189. 192. 286.
Reach, Felix, Ein Beitrag zur Kenntnis der Bence-Jonesschen Albuminurie 117.
Ready 133.
Reché, Fritz, Über antiseptische Beeinflussung des Harns durch innerlich dargereichte Antiseptika 112.
Recklinghausen, v., 40. 42. 51. 149. 571. 625.
Reclus, Die Behandlung der Varicocele 70.
Rehn, Über Harnblasengeschwülste bei Anilinarbeitern 487.
Reiss 232. 240.
Reiter 326.
Reitmann, Karl, Zur Färbung der Spirochaeta pallida 516.
— 238. 240.
Reiniger 334.
Reko, B., Wechselbeziehungen zwischen Nase und Geschlechtsapparat 525.
Remete, E., Das Thiosinamin, ein Hilfsmittel in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen 154.
Resched-Bey und Deycke-Pascha, Neue Gesichtspunkte in der Leprafrage 328.
Reschetillo 621. 622.
Respighi, Über rezidivierende Urticaria 281.
Reuter, Fritz, Über die anatomischen Kennzeichen der vitalen und postmortalen Verbrennung 598.
Reydel, Beiträge zur funktionellen Nierendiagnostik 154.
Reyn 221. 334.
Rhoden, von 401.
Ribbert, Über protozoenartige Zellen in der Niere eines syphilitischen Neugeborenen und in der Parotis von Kindern 338.
Rice, Milton, Ursache und Behandlung der Lepra 96.
Richter 19.
—, Heinrich, Behandlung der Strikturen der Harnröhre des Mannes 451.
—, Paul Fr. 387.
Rickett 172.
Ricketts 127. 133. 134. 137. 140. 146. 196. 606. 607. 608.
Ricord 447. 474. 490. 559.
Riebold, Georg, Zur Kenntnis der Komplikationen der Polyarthritis rheumatica acuta von seiten der Haut 188.
Riecke 425. 426. 430. 432. 434. 435. 439.
—, E., Hygiene der Haut, Haare und Nägel im gesunden und kranken Zustande 24.
Riedel, Über das Auftreten von Geschwüren im Gesicht nach Masern 322.
— 104.
Riehl 429. 436. 437. 438. 439. 529.
—, G., Über Akne 575.
Ries, Bericht über den II. Kongreſs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 59.
—, K., Über Harnretention 94.
Ringwell, C. J., Laienbehandlung einer Harnröhrenverengerung und Urinverhaltung 26.
Riossi 551.
Rindfleisch 529.
Ritter 288. 544.
Rivet 598.
Rixford 136. 264.
Roberts 455.
Robertson, W. F., und Wade, H., Untersuchungen über die Ätiologie des Carcinoms; das Vorhandensein von Plasmodiophoren in carcinomatösen Neubildungen und die erfolgreiche Züchtung der Parasiten 398.
Robinson, Daisy M. Orleman, Zur Diagnose und Therapie des Herpes zoster 649.
Rodier, Henri, Ulcus specificum der Oberlippe. Nekrose und Sequesterbildung im Unterkiefer 317.
Rochet, Gibt es eine wirkliche Spermatorrhoe? Was sind das für Kranke, die an sogenannter Spermatorrhoe leiden? 37.
— Die urethro-rektalen Fisteln nach perinealer Prostatektomie 500.
— und Billet, Ein Fall von Lepra 60.
— und Horand, Steinbildungen in tuberkulösen Blasen 31.
Röntgen 20. 21. 23. 71. 156. 174. 212. 221. 224. 225. 226. 227. 228. 244. 246. 260. 314. 332. 369. 373. 378. 379. 390. 395. 399. 400. 401. 442. 445. 514. 575. 579. 620. 627.
Rössler, Karl, Impfreaktion unter Rotlicht 327.
Roger 325.
Rohleder, Das Nafalan und die naphtahaltigen Salben in der dermatologischen Praxis 274.
Rokitansky 205.
Rolleston, J. D., Die Prodromalexantheme bei Masern 322.
— Betrachtungnn über die Serumbehandlung der Diphtherie 596.
Rollet 376.
Romanowsky 232. 240. 515.
Romme, R., Über habituelle Oligurie und reichliche Flüssigkeitszufuhr 460.
— Die Erblichkeit bei Blutern und die chronische Purpura 598.
— Über Pflanzendermatitiden 642.
Rommel, Erfrierung 288.
Róna, S., Zur Ätiologie der sogenannten spontanen oder multiplen spontanen, oder neurotischen und hysterischen Gangrän auf Grund von fünf Fällen 86.

Róna, S. 102.
Roncegno 216.
Rondeau und Jacquet, L., Über Vernix caseosa, hereditäre Seborrhoe und fötale Akne 389.
Rondel und Martini, Ein Fall von Meningokokken-Septikämie 596.
Roos 397.
Rosenbach, Über die malignen Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung 486.
—, O., Zum Problem der Ätiologie der Tabes 349.
Rosenberger, Felix, Statistische Untersuchungen d. pathologisch-anatomischen Luesbefunde am Berliner städtischen Krankenhause am Urban 335.
Rosenfeld, Georg, Alkohol und Geschlechtsleben 567.
Rosenthal 51. 52. 53.
—, J., Über die Erzeugung intensiver Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken 224.
Rosinski 205.
Rossiwall, Edwin, und Schick, Béla, Über spezifische Agglutination von Streptokokken aus Scharlachanginen und extrabuccalem Primäraffekte 182.
Rost 580.
—, E. R., Zur Pathologie und Therapie der Lepra 330.
Roth, G., Über akutes Hautödem 282.
—, Johs., Über subunguale Sarkome 528.
— Onychia maligna, tuberculosa und syphilitica 528.
Rothschild, Alfred, Bemerkungen zu dem Aufsatze der Herren Posner und Rapoport „Prostatasekret und Prostatitis“ 459.
Rotmann, Zur Frage des Gonokokkenwuchses auf einfachem Fleischpeptonagar 516.
Roué, J. R., Über das „Trophödem“ bei Hysterie und Epilepsie 282.
Roulacroix 205.
Roux 337. 346.
—, Em. 101. 103. 104. 238. 240.
— und Metschnikoff, El., Untersuchungen über die Mikrobien bei Syphilis 102.
— Mikrobiologische Untersuchungen über die Syphilis 168.
— Experimentelle Studien über Syphilis 102.
Rovsing 121.
Rubens, Ein Fall von akutem umschriebenen Ödem mit orthostatischer Albuminurie 282.
Rubner, Max 25.
Rudski, A. F., Über die blennorrhoische Urethritis bei Knaben 94.
Rüdiger, W. von 174.
Ruhemann, J., Über die Filatow-Dukessche Krankheit 323.
Runge, Ernst, Erfahrungen mit Gonosan 473.
Rupfle, J., Eine neue Methode der Hydrocelebehandlung 70.
Russel 301.
Ryfkogel 172.

Saalfeld, Lupus follicularis disseminatus 53.
— Psoriasis cornea 562.
— Instrument zur elektrolytischen Warzenentfernung 562.
— Trichonodosis 562.
—, Edmund, Zur Behandlung des vorzeitigen Haarausfalles 404.
— — Zur percutanen Salicylbehandlung 586.
— 50. 52. 278. 473. 624.
Sabaréanu 436. 437. 439. 619.
—, G., und Garnier, M., Die Schwankungen des Körpergewichts im Verlaufe der Variola 324.
Sabolotni, Spirochäten bei Syphilis 338.
Sabouraud 106. 213. 233. 239. 390. 572.
Sachs, Frische Lues, Exanthem am Stamm und Plaques an den Tonsillen und der Mundschleimhaut 148.
— Lichen scrophulosorum 150.
— 41. 51. 247.
— Otto, Zur Lehre vom Herpes zoster nebst Mitteilung über eine in Breslau beobachtete Zosterepidemie 292. 649.
— 436. 437. 439.
Sack, Referate 448.
Sadikoff 598.
Safford, Homer E., und Metcalf, William F., Ein Fall von Carcinom des Ureters, augenscheinlich verursacht durch einen im juxtavesikalen Abschnitt gelegenen Stein 120.
Sakurane und Okuhawa, S., Ein Fall von Lichen ruber acuminatus 507.
Salge, Ein Fall von Scharlach 657.
Salmon 207. 238. 240.
Salomon, Albert, Histologisches über Pseudoleukämie, Lymphosarkome und Syphilome 337.
—, Max 195.
—, Oskar, Zur Kenntnis des Skrophuloderma 332.
Salzer, Masern ohne Exanthem 321.
Salzwedel 220. 271. 397.
Samberger, Franz, Die Therapie an der dermatologischen Universitätsklinik des Prof. Dr. Viktor Janowsky in Prag 216.
— Zur Pathologie der Hyperkeratosen 249.

Samgin, Sieben im Jahre 1903 im Alten Katharinenhospital zu Moskau beobachtete Leprafälle 57.
Samter 249.
Samuel 275.
Sandwith 409.
Santi 150.
Saraceni, Erythem und septische Pusteleruption; septische Urethritis 210.
Schade 276. 645.
— H., Über die Metall- und Jodionenkatalyse 225.
Schaecke, Vergiftung nach Gebrauch von Wismutbrandbinden 591.
Schaerges, C., Über Arsylin und Protylin 582.
Schall 334.
Schamberg, Jay F., Erfolgreiche Behandlung eines ausgedehnten Falles von Lupus vulgaris mit X-Strahlen 496.
— — und Welch, William M., Akute ansteckende Krankheiten 507.
Schattenstein, J. L., Zur Frage des Pemphigus. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring 648.
Schaudinn 58. 101. 102. 206. 207. 231. 232. 235. 236. 238. 239. 243. 268. 338. 378. 379. 409. 504. 505. 572. 622.
— Fritz, und Hoffmann, Erich, Über Spirochätenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer 337.
Schein 229. 230. 327. 404.
Schenck, Benjamin R., Nierenblutung unaufgeklärten Ursprungs, Aufhören der Blutung nach Nephrotomie 121.
Scherb, Heinrich, Beitrag zur Pathologie und Therapie der Cystitis tuberculosa 30.
Scherbakow, Ein Fall von Pustula maligna cutanea 393.
Scherber, Pigmentationen 245.
— 244.
— G., Zur Röntgenbehandlung der Sycosis simplex 156.
— und Müller, R., Zur Ätiologie und Klinik der Balanitis erosiva circinata und Balanitis gangraenosa 489.
Schick, Béla, und Rossiwall, Edwin, Über spezifische Agglutination von Streptokokken aus Scharlachanginen und extrabuccalem Primäraffekte 182.
Schiff, Eduard, Über nichtoperative Behandlung von Epitheliomen 400.
Schild 593.
Schindelka 189.
Schindler, Emil, Erfahrungen mit einem neuen Jodpräparat „Jothion“ 584.
Schlesinger 375.
Schlossmann 51.
Schmeissner, Max, Die sogenannten Keratohyalin-Granula in Hautkrebsen 399.
Schmelzer, Otto, Drei Beiträge zur Kasuistik der Lysol-Intoxikationen 273.
Schmid, Friedrich, Über Gonokokkenfärbung mit spezieller Berücksichtigung der klinischen Praxis 182.
Schmidt, Heinrich, Beitrag zur diätetischen und operativen Behandlung der diabetischen Gangrän sowie der senilen und spontanen Gangrän 406.
— Paul, Über Elephantiasis vulvae 122.
— H. E., Die Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie 225.
— 441.
— -Nielsen, Die Wirkung des konzentrierten elektrischen Bogenlichts auf Chymosin, Chymosinogen und Antichymosin 159.
Schmiedeberg 560.
— O., Über Anwendung des Theophyllins als Diuretikum 113.
Schmincke, Die Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis und Prostatitis mit Moorbädern und Moorumschlägen 155.
Schmölder 494. 567.
Schmori 404.
Schneidemühl 409.
Schneider, Walter, Über Rektalblennorrhoe 469.
Schneiderlin, Radikaloperation bei Ulcus cruris 403.
Schönbaum, Therapeutische Notizen über Jodipin 273.
Schönewald 367.
Scholtz 228. 229. 590. 591. 621.
Scholz 590.
Schourp, Ein Fall von idiopathischen Schleimhautgeschwüren der Zunge 490.
Schramm, H. 510.
Schreiber, Alfred, Ein Fall von primärem Prostatakrebs 72.
Schridde, Hermann, Über Metastasen in inneren Organen bei Plattenepithelkrebs der Haut 399.
Schröder, Franz von, Über Neubildung elastischer Fasern in der Hautnarbe 187.
Schrötter 417.
Schüle, W., Über Lupus vulgaris 446.
Schäller 234. 240.
Schütz, Masern ohne Exanthem 322.
— 233. 239.
Schütze 172.
Schulz, Emil, Die Prostitutionsfrage für europäische Heere auf asiatischen Kriegsschauplätzen, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse während des chinesischen Feldzuges 1900/1901 521.
— Frank, Notiz zur Reaktion des normalen Prostatasekrets 71.
— Hermann, Über gutartige Penistumoren 412.
— P. 639.

Schulz, P. 275.
Schulze, Bernhard, Referate 24. 34. 71. 90. 113. 117. 122. 153. 156. 180. 181. 188. 208. 212. 215. 220. 221. 224. 226. 250. 251. 263. 271. 275. 287. 298. 332. 340. 341. 348. 349. 350. 372. 387. 388. 389. 392. 394. 395. 398. 400. 401. 404. 409. 411. 450. 453. 456. 457. 460. 464. 469. 473. 474. 476. 490. 505. 507. 509. 525. 528. 576. 578. 579. 591. 593. 595. 597. 598. 623. 637. 643. 645. 649. 655. 657.
— Eilhard 216.
Schwab, A., Über die Syphilis der Placenta 205.
— Theodor, Ein Fall von Darierscher Krankheit (ein Beitrag zur Stellung dieser Dermatose) 401.
Schwartz, Über die blennorrhoische Arthritis des Ellenbogens 469.
Schwarzschild, Max, und Joseph, Max, Über das Jothion 586.
Schwenker, Beiträge zur Prognose und Therapie schwerer Verbrennungen 289.
Scot, Michel 98.
Scriba, J. 211.
Seegall, Dermatitis herpetiformis Duhring 51.
Seibert, A., Der Scharlach in New York und einiges über die Scharlachbehandlung 294.
— Der Scharlach in New York nebst einigen therapeutischen Möglichkeiten in seinem Verlauf 652.
Seldin 226.
Selenew 298.
— J. F., Exsudationen und Keratosen 373.
— Blennorrhoische diffuse Cavernitis 448.
Sellei, Joseph, Behandlung des Harnröhrentrippers mit prolongierten Einspritzungen (Harnröhrenfüllungen — Parsements intraurethraux) 256.
— Über neuere Jodpräparate 583.
— 618.
Sellis 148.
Semon 525.
Senator, H., Über physiologische und pathologische Albuminurie 114.
— 121. 180. 189. 285.
— und Kaminer, S., Krankheiten und Ehe 175.
Sengbusch, v., Über Röntgenstrahlen als Heilmittel bei Hautkrankheiten 227.
Senn, Nicholas, Endermatische Anwendung von Jod, kombiniert mit Kataphorese 382.
Serkowski, St., Grundrifs der Semiotik des Harns 509.
Serrallach, Blasendivertikel wahrscheinlich traumatischen Ursprungs, entstanden, ohne dafs ein Hindernis für die Harnentleerung vorhanden war 167.
Sevin 207.
Seydel 529.
Seyler 342.
Shaw, Henry Larned Keith, Erythema infectiosum 328.
Shelmire, J. B., Ein Fall von Creepingeruption 632.
Short, T. S., Gleichzeitiges Auftreten von Masern und Varicellen bei demselben Patienten 660.
Siciliano, Die Sklerodermie und die Theorie über ihre Pathogenese 407.
Siebert, Conrad, Beiträge zur Kenntnis der Jodreaktion der Leprösen 56.
— Über die Natur der nach der Justusschen Methode des Quecksilbernachweises in den Geweben erhaltenen Niederschläge 85.
— 489.
*Siedlecki, M., und Krzysztalowicz, Fr., Spirochaeta pallida Schaudinn in syphilitischen Erscheinungen 231.
Siegel 235. 240.
—, John, Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken, der Maul- und Klauenseuche, der Lues und des Scharlachs 215.
— Zur Ätiologie des Scharlach 296.
— 240.
—, M. 101.
Sigmund 616. 618.
Sigmundt, Oswald, Über interne Blennorrhoebehandlung mit Helmitol 476.
Signorelli, Die Störungen der Hautsensibilität beim Milztumor und bei den Milzaffektionen im allgemeinen 524.
Silberstein, A., Die Neubildung elastischen Gewebes bei chronischen interstitiellen Entzündungen der Nieren 120.
Simon 224.
—, Th. 40. 50. 51.
Simonelli 590.
de Simoni 638.
Sinéty 205.
Sittler 57.
Sjögren, Tage, Über Röntgenbehandlung von Sarkom 401.
Smirnow 233. 239.
Smith 544.
Smithson 502.
Smurthwait 529.
Sobel, Jakob, Ein Fall von syphilitischer Pseudoparalyse 348.
Söhngen, August, Über Prostatitis acuta mit Abscefsbildung nach Furunkulose 72.
Söllner 87.
Sokolow, Spirochaeta pallida Schaudinn 622.
Solger, F. B., Die Syphilisforschung und das Vererbungsproblem 155.
— Die Bedeutung des Pigments für die hellfarbigen Menschenrassen 253.
Solowjew und Wermel, Über Lungensyphilis 343.

Solowy 205.
Soltrain und Omeyrat, Spirochaeta Schaudinn in syphilitischen Schankern 505.
—, G., Über ein einfaches Substitut des Jodoform und seiner Surrogate 273.
Sommer, Robert, Lichterscheinungen nach Reibung der menschlichen Haut mit Glühlampen 179.
—, Erwiderung (betreffend Lichterscheinungen der menschlichen Haut) 515.
— 179. 515.
Sommerville, W. F., Skrophulöse Beingeschwüre (Bazinsche Krankheit) und deren erfolgreiche Behandlung mittels hochfrequenter Ströme 332.
Somni, Über einen Fall von Orchitis malarica 455.
Sonderegger 25.
Sonntag, Louis, Beitrag zur Therapie der auf Ulcus molle folgenden Bubonen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung mit Salzwedelschen Spiritusverbänden 397.
Sorrentino, Goffredo, Über das umschriebene Lymphangiom der Zunge 249.
Soubeyrau, P., und Bosc, E., Ein Fall von Epitheliom der Clitoris 104.
Southworth 466.
Sowinski, Zuzislaw, Über die Rolle des Gonotoxins in der Entstehung blennorrhoischer Erkrankungen 463.
Spencer 350.
— O., Tuberkulöses Geschwür am rechten Zungenrande 245.
— A. R., Ein Fall von Endocarditis mit Pericarditis im Gefolge von Scarlatina; Behandlung mit Antistreptokokkenserum; Genesung 297.
Sperck 566.
Spiegel 241.
Spiegelberg 51.
Spiegler, Lupus vulgaris 245.
— Lupus pernio 245.
— Vitiligo 246.
— 246. 369. 637.
Spietschka 40. 50.
Spitzer, Spirochätenuntersuchungen 248.
—, Ernst, Vorkommen eines paraurethralen Ganges mit cystischen Erweiterungen in der Genitoperinealraphe 413.
—, Ludwig, und Jungmann, Alfred, Ergebnisse von 240 operierten Lupusfällen nebst Bemerkungen zur modernen Lupusbehandlung 107.
Spohr 298.
Squibbs, R. E. P., Ein Fall von Herpes zoster des Vorderarms und der Hand 650.
Squier, J. Bentley, Bemerkungen über 28 Fälle von Prostatektomie 111.
— Die Beziehungen von Harnröhrenerkrankungen zu sexuellen Neurosen 441.
Staeckel, Über Cystitis gangraenosa bei der Frau 34.
Staffel 189.
Stakemann, Fremdkörper (Haarnadel) in der Blase einer geistesschwachen Epileptischen infolge von Masturbation 36.
Stark 119.
—, J. 179.
Stefanescu, Harnphlegmone in der oberen Perineallage 33.
— Beitrag zum Studium der Prostatitiden 72.
Stegmann, R., Die kosmetische Behandlung der Blatternarben mit Vaselin und Ölvaselin 325.
Steinborn und Herbsmann, Einige dunkle Punkte in der gegenwärtigen Lehre von der Syphilis 59.
Steinbüchel, R. v., Über das Helmitol als Harnantiseptikum 272.
Steiner, Ludwig, Erfahrungen bei Behandlung mit elektrischem Licht unter besonderer Berücksichtigung einer neuen Lichtsalbenbehandlung bei Hautkrankheiten 224.
— Zur Kasuistik des Quinckeschen Hautödems 281.
—, Michael, Ein Fall von Neurofibromatose (Recklinghausensche Krankheit) 401.
de Stella 204.
Stelwagon 138. 608.
—, Henry W., Beobachtungen über einige Hohlhandausschläge 173.
Sternberg 234. 240.
Stern, Referate 20. 24. 25. 34 58. 71. 94. 111. 112. 114. 121. 186. 222. 257. 284. 286. 288. 292. 295. 297. 317. 343. 349. 351. 352. 377. 384. 398. 402. 412. 451. 452. 455. 461. 465. 466. 496. 509. 563. 569. 576. 577. 579. 596. 598. 600. 644. 650. 651. 655.
—, M. A., Über sexuelle Neurasthenie 255. 256. 492. 564.
—, Richard, Die Behandlung der Blennorrhoe mit Crurin 476.
Sterrett, Robert M., Über chronische Hautkrankheiten 186.
Stiassny 31.
Stieda 483.
Stiefel 582.
Stoecklin 345.
Stöhr 177.
—, Ph. 478.
Stoeltzner, W., Über ausgebreiteten Hydrops ohne Albuminurie im Kindesalter 598.
Stoke 283. 421.
Stopczanski 232. 240.
Stowers 433. 439.
Strassburger, J., Der qualitative Nachweis des Zuckers im Urin nach W. S. Haines 460.
Strasser 41. 51.

Strasser, Josef, Lupus erythematosus und das papulo-nekrotische Tuberkulid 332.
Strassmann, Kurt, Weitere Beiträge zur Verwendung des Radiumbromids in der Therapie der Hautkrankheiten 228.
Straub 345.
Strauss 95.
—, Arthur, Eine Verbesserung an den Suspensorien 155.
— Die Flasche „Simplex" zu Injektionen bei Blennorrhoe 564.
— Referate 212. 510. 580. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 591.
—, Eduard, Studien über die Albuminoide mit besonderer Berücksichtigung des Spongins und der Keratine 212.
Strech, Rudolf, Beitrag zur operativen Behandlung der Unterschenkelvaricen 403.
Stricker 529. 661.
Ströhmberg 494. 530. 565.
— C., Die Abnahme der Blennorrhoe bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898 466.
Strominger, L., und Héresco, Pierre, Die Stovainisierung des Rückenmarks bei den Krankheiten der Harnwege 64.
Stuertz 227.
Stumpf, L., Zur Geschichte der kgl. bayerischen Zentralimpfanstalt 326.
— Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1903 326.
Stuwenkow 434. 435. 439.
Suchier, Weitere Mitteilungen über den Wert der statischen Elektrizität für die Behandlung parasitärer Dermatosen 627.
Sugyen, E. J., Ein Fall von akuter letaler Quecksilbervergiftung 276.
Sundheimer, Martin, Die Krankheiten der Leber und der Gallenwege auf der ersten medizinischen Klinik und Abteilung des Herrn Prof. P. Bauer in den Jahren 1899 bis 1903 inkl. 341.
Suzuki, Tokeyiro, Zur Kenntnis der lokalen Veränderungen nach hypodermatischen Injektionen eines schwefelhaltigen Jodöls bei Syphilis 89.
— 371. 372.
Swieten, van 502.
Sydenham 282.
Syms, Parker, Harnverhaltung durch Prostatahypertrophie 74.
— 75. 441.

Tacelli, Über zwei Fälle von Syphilis der Muskeln 343.
Taenzer, Paul, Referate 388.
— 406.
Taguchi 233. 239.
Taillas 632.
Takamine 268.
Takiguchi, Kinji, Drei Fälle von Aortitis syphilitica 345.
Tamcurer 464.
Tánago, G., Dyspeptische Störungen im Verlaufe der Nierenentzündung 459.
Tanaka, T., Helmitol gegen Cystitis 507.
Tandler, Ein Beitrag zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 519.
Tanon und Burmann, Anwendung des Stovains in der Dermatologie 587.
Tanturris 191.
Tappeiner 227.
Tarnowsky, Benjamin, Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft 639.
— 87. 252. 639.
Tartaczuch 590.
Taussig, Siegmund, Die Hundskrankheit (endemischer Magenkatarrh) in der Herzegowina 280.
Tavel 102. 233. 239.
Taylor, Augenblicksheilung von Erysipel 96.
Technau, Beitrag zur Kenntnis der Muskelgummata 343.
Teissier 346.
Tenholt, Über die Looſsche Lehre, betreffend die Einwanderung der Ankylostomlarven durch die Haut 409.
Terrepson 466.
Terrien, Die Augenerscheinungen bei der hereditären Lues 340.
Terterjanz, Michael, Xeroderma pigmentosum (Kaposi) bei zwei verwandten Familien 406.
Terzaghi, Fall von nekrotischer Phlegmone des Scrotums und Hodens nach blennorrhoischer Balanoposthitis 210.
— Mikrosporon furfur in den Nägeln 210.
Testi, A., Amyotrophische Lateralsklerose und Pellagra 294.
Texier, V., und Molherbe, Henri, Syphilis bucco-pharyngealis; mehrfache und nacheinander auftretende Schanker 378.
Texo, Prostatectomia partialis ignea oder Bottinische Operation 58.
Thalmann 462. 516. 517.
Thayer, C. C., Über Cystitis 452.
Thibierge, C. 207.
Thiele, Johannes, Über die Ursachen der Spontangangrän der Extremitäten 406.
Thiersch 107. 218.
Thoma, R., Ein Fall von Lupus vulgaris unter dem Bilde des Lupus erythematosus 332.
Thompson 376.
— L. R., Die protozoenähnlichen, bei Scharlach beschriebenen Körper 655.

Thompson-Green, George E., Was sollen wir tun, um die schlimmen Folgen von Blennorrhoe und Syphilis zu verhüten? 317.
Thumim, Leopold, Was leistet die Cystoskopie bei Verletzungen der Blase und den Ureteren? 27.
Thunberg, Torsten 268.
Tichonowitsch, A., Lepröse Affektionen der oberen Luftwege 448.
Thingvall, K. G., Eine durch Milch verursachte Scharlachepidemie 296.
Tinker, Martin B., Unblutige perineale Prostatektomie unter Lokalanästhesie 457.
— 76.
Tkatschenko, A. G., Über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Nieren bei den an Masern erkrankten Kindern 323.
Török 229. 230.
Tommasoli 248.
Torre, La 208.
Tonchard und Gaucher, Mehrfache Phlebitis im Verlauf der sekundären Syphilis 22.
Touton 50.
Toyama, J., Über Erythema nodosum 507.
Trammer 661.
Trautenroth 638.
Trautmann 525.
Trendelenburg 16.
Trimble, William B., Intramuskuläre Hg-Injektionen bei der Syphilisbehandlung 315.
Troisfontaines, Ein Fall von Hautbromismus à forme végétante 318.
Trommer 460.
Trousseau 325.
—, A., Ein Fall von Epitheliom des Augenlides 399.
Trouvé, E., Über einen Fremdkörper in der Harnblase beim Weibe 202.
Truffi, Ein Besuch im phototherapeutischen Institute zu Florenz 107.
—, Mario, Über einen Fall von Porokeratosis systematisata 257.
Tschermak 639.
Tschernikowsky 622.
Tschlenoff 510. 511. 622.
—, M. A., Über die Pagetsche Krankheit (Pagets disease of the nipple) 55.
Tschlenow, Über die von Schaudinn und Hoffmann bei Syphilis gefundenen Spirochaeta pallida 338.
Tsuchida, Usabro, Ein Fall von diffuser Sklerodermie mit ungewöhnlich starker Pigmentierung der Haut und Schleimhäute (Morbus Addisonii?) 407.
Türkheim, Referate 21. 23. 100. 258. 319. 377. 378. 440. 497.
— J. 49. 60
Tuffier 203. 204. 470.
Tuffier, Th., und Mauté, A., Die intravesikale Scheidung des Urins; ihr Wert für die Diagnose des anatomischen und funktionellen Zustandes der Niere 60.

Ullmann, Dermatitis 148.
— Keratoma hereditarium palmare et plantare 148.
— Verrucae 148.
— Urethritis acuta 245.
— Erythema multiforme 246.
— 246. 383.
*—, J., Über Erkrankung des Nebenhodens im Frühstadium der Syphilis 10.
—, Karl, Über autotoxische und alimentäre Dermatosen 521.
Ultzmann 58. 414.
Unger 411.
—, Ernst, Beiträge zur Lehre vom Hermaphroditismus 411.
*Unna, P. G., Über den Einschluß von Elastin und Elacin in das Epithel und einen Elacinbefund bei der Gilchristschen Krankheit 77.
*— Die Darstellung der sauren Kerne in normalem und pathologischem Gewebe 353.
— Einiges über die Lupustherapie der Zukunft und der Vergangenheit 332.
— 15. 16. 18. 42. 50. 78. 106. 123. 124. 125. 150. 151. 152. 183. 213. 220. 238. 239. 242. 243. 269. 274. 294. 318. 333. 363. 365. 366. 367. 369. 370. 371. 401. 406. 424. 425. 439. 481. 489. 495. 505. 506. 510. 512. 513. 531. 532. 533. 534. 535. 537. 538. 542. 543. 553. 554. 572. 581. 590. 601. 610. 611. 621. 624. 648.
Unschuld, Noch eine Mitteilung über Balsamum peruvianum 275.
Upshur, John N., Geschlechtskrankheiten und Ehe 170.

Vajda 615.
Valentine, Ferd. C., und Townsend, Terry M., Wie der praktische Arzt die Blennorrhoe behandeln sollte 474.
Vance, A. M., Fin Fall von Purpura haemorrhagica 286.
Vanicky 242.
Vannod, Über die akuten nichtblennorrhoischen Urethritiden 62.
Varaillon 615.
Variot, Über die gute Wirkung des grauen Pulvers (Merkur mit Kreide) bei der hereditären Syphilis 637.
Vater 538.
Vaure 455.
Vehmeyer 15. 18.

Veiel 41. 648.
Verhoogen, J., Über Prostatektomie 372.
Verneuil 345.
Vidal 578. 594.
Vieth 556.
Villars 390]
Vincent 378.
— H., Die Symbiosis Fuso-spirillaris 59.
Virchow 181. 205. 298. 402. 551. 623. 624. 634.
Viro 250.
Vix, Karl, Zur Lehre über die Aortenaneurysmen 344.
Vörner, Hans, Beitrag zur Kenntnis des Pigments 91.
— Über Syphilis und Hämorrhagie 152.
— Ein Fall von herdförmiger Pigmentanomalie der Kopfhaare 252.
— Beitrag zur Kenntnis des Pigments 252.
— Über Unguentum sulfuratum mit Thiolan 278.
— Über Haltbarmachung von Liquor aluminis acetici 582.
— Fibroma molluscum Virchow 624.
— 224. 235. 240. 253. 547. 549. 554.
Vogt, Fritz, Untersuchungen über den Pigmentgehalt von transplantierter Meerschweinchenhaut 187.
Voigt, Ch. 41. 51.
Voillemier 448.
Volk, Richard, Die therapeutische Verwendbarkeit des Jothion 585.
— 205. 240. 244.
Vollmer 426. 439.
Vormeng 347.
Vorschütz, Johannes, Zur Kasuistik der Sklerodermie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie derselben 407.
Voss, Beitrag zur operativen Behandlung des Hirngumma und der syphilitischen Schädeldachnekrose 157.
Vuillemin, Über die Benennung des Syphiliserregers 505.

Wade, H., und Robertson, W. F., Untersuchungen über die Ätiologie des Carcinoms; das Vorhandensein von Plasmodiophoren in carcinomatösen Neubildungen und die erfolgreiche Züchtung der Parasiten 398.
Waelsch, Ludwig, Akne urticata 67.
— Uber die Verruca senilis und die aus ihr entstehenden Epitheliome 151.
— 19. 234. 240. 247. 371.
Wagner 285. 559.
—, Paul 388.
Waldvogel, Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung 25.
Walker, Norman 379.
Walko Über lokale Alkoholtherapie 582.
Walkoff 229.
Walton 276.
Wallace, C., und Dudgeon, L. S., Vorläufiger Bericht über bakteriologische Befunde bei sieben Fällen von Prostatahypertrophie 73.
Wandel, Arthur, Die Keratitis parenchymatosa bei akquirierter Lues 340.
Ward 411.
— S. B., Erythema nnd Urticaria, gleichzeitig mit einem angioneurotischen Ödem, nur durch Einwirkung der Sonnenstrahlen entstanden 292.
Warker, Ely van de, Die Blennorrhoe in ihren Beziehungen zu den Beckenerkrankungen beim Weibe 464.
Warnker 50.
Wassermann 462.
Wateff 570.
Weber 20.
Wechselmann, Lues hereditaria tarda 52.
— Addisonsche Krankheit 53.
— 52. 538. 240.
Wedel, Komplikation bei Schutzpockenimpfung 828.
Wederhake, Zur Technik der Spermauntersuchungen 563.
Weeks 466.
Wegner 249.
Wehnelt 224.
Weidenfeld, Lichen simplex chronicus 149.
— Pemphigus pruriginosus 149.
— 598.
— Stephan, Über die Therapie schwerer Verbrennungen 641.
— und Zumbusch, L. v., Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen 153. 247.
Weigert 70. 311. 406. 511. 602.
Weikart 559.
Weil 51.
Weir 376.
Weinrich, Intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten 487.
— Das Luftcystoskop. Kritische Bemerkungen 498.
— 501.
—, Max 632.
Weisenhorn, Franz, Akut circumskriptes Hautödem und Urticaria 282.
Weiss 545.
*Weitz, Wilhelm, Über einen eigenartigen Fall von Syphilis haemorrhagica bei einem Erwachsenen 544.
Welander 212.
Wells, Gideon 606.
Welsh, Gideon 130. 146.
Wendriner, Herbert, Über Unfälle durch den elektrischen Starkstrom 529.
Wenniger, Referat 110.
Wenzel 408.
Werlhof 285.

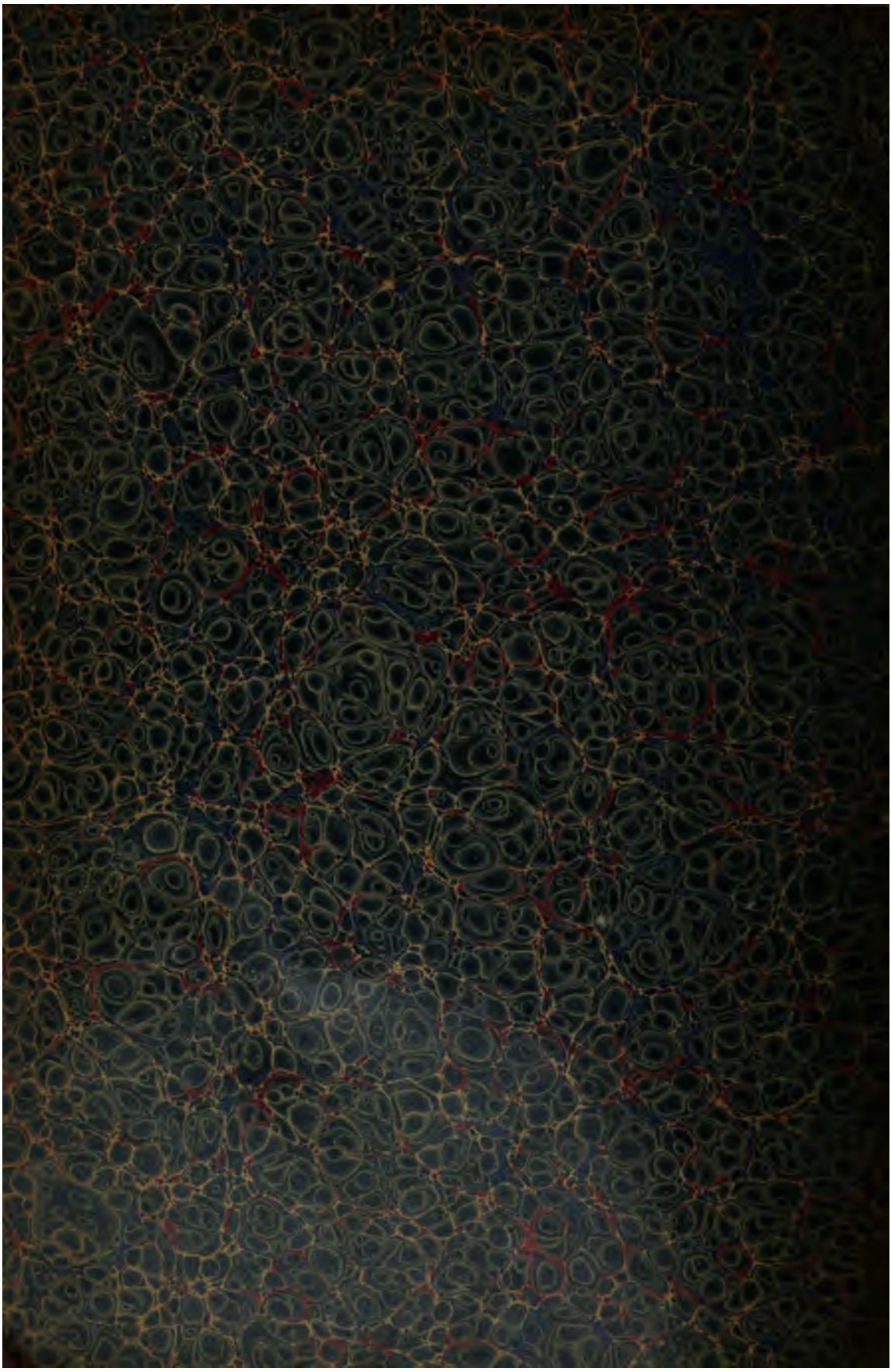
Wermel und Solowjew, Über Lungensyphilis 343.
Werner, Otto, Über Katarakt in Verbindung mit Sklerodermie 407.
Wernicke 126. 127. 128. 146. 606. 612.
Wersiloff, Marie, Zur Kenntnis der färbbaren Körnchen in den Schweifsdrüsen 510.
Wertheim 462.
Wesenberg, G., Über ein festes Kresolseifenpräparat: Metakalin 581.
— Die percutane Jodapplikation 585.
Wetherby-Wilkes, Einige Gedanken über Tripperbehandlung und ihre Resultate 97.
Western, G. T., Der Einfluſs des Jodkaliums auf die Widerstandsfähigkeit der Blutflüssigkeit gegenüber dem Staphylococcus albus 384.
Westphal, Zwei Fälle von Elephantiasis bei Dementia praecox 396.
White, Charles J., Die Fordyocsche Krankheit 268.
—, George R., Die Behandlung der Vorsteherdrüsenvergröſserung 96.
Whitfield, Arthur, Ein weiterer Beitrag zu unserer Kenntnis des Erythema induratum 208.
Whitlow 263.
Widal 594.
Widmark 576.
Widowitz 321. 570. 654.
Wiedmann, G. und E. 179.
Wilder, J. A., Primäres Sarkom der Blase 35.
Wilkinson 217. 270. 579.
Wilks 631.
Williams, Charles Malbory, Die Behandlung von cutanen Epitheliomata mittels Röntgenstrahlen 400.
— Die Behandlung der Hypertrichosis 442.
Wills, J. P., Ein Fall von Mesotanausschlag 287.
Wilson 374. 623.
—, Erasmus 631.
—, H. J., Die Schutzwirkung der Impfung 326.
—, Robert N., und Hughes, William E., Syphilis der Lunge, Phthise vortäuschend 343.
Winiwarter 529. 637.
Winkelmann 170.
Winkler, Max, Beitrag zur Frage der „Sarkoide" (Boeck) resp. der subcutanen nodulären Tuberkulide (Darier) 487.
— Beiträge zu der Frage der paraurethralen blennorrhoischen Erkrankungen 562.
— 234. 235. 240.
Winternitz 578.
Witkowski, Alfred, Über Mykosis fungoides 394.
Wladimirsky, Michael, Die blennorrhoische Pyelitis und Nephropyelitis 470.
Wolbach, S. B., Der Lebenslauf des Mikroorganismus der Dermatitis coccidioides 172.
Wolf, W., Über die Quecksilbervergiftungen mit besonderer Berücksichtigung der Sublimatvergiftungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte 591.
Wolff 88. 275. 411.
— A., Fall von Raynaudscher Krankheit 286.
Wolfrum, Ludwig, Statistisch-kasuistische Beiträge zur Pathogenese der Hirnapoplexie 346.
Wood, Alfred C., Vollständige Abreifsung des Hodensacks, linken Hodens und der Penishaut 444.
Wolters, Die Haut und ihre Pflege 575.
— 191. 433. 437. 489. 638. 648.
— M., Eigentümliche Veränderung der Haut über einer Meningocele 156.
Worminghaus, Heinrich, Fremdkörper der Harnblase und ihre Beziehungen zur Steinbildung 32.
Wossidlo 87.
Wright 384.
— James Horner, Die Biologie des Mikroorganismus der Aktinomykosis 516.
Wrobel, August, Beiträge zur Kenntnis der malignen Hodengeschwülste 454.
Wynn, W. H., Universelle Gonokokkeninfektion 461.

Young 76.
— Hugh H., Konservative perineale Prostatektomie 457.
— H. Y., und Churchman, J. W., Über die Möglichkeit, Verwechselungen mit dem Smegma-Bacillus bei der Diagnose von Urogenitaltuberkulose zu vermeiden. Eine experimentelle Untersuchung 517.
Yvert, A., Stand der Frage bezüglich der chirurgischen Behandlung der Nierenentzündungen am Ende des Jahres 1904 100.
— Praktische und klinische Betrachtungen über die perineale Prostatektomie 633.

Zaaljer, J. H., Beitrag zur Kenntnis der Naevuszellen und der Naevustumoren 182.
Zahrt, Fritz, Über einen Fall von erblicher Flughautbildung an den Ellenbogen 298.
Zambeletti 105.
Zechmeister, Hugo, Beitrag zur internen Behandlung des Harnröhrentrippers 472.

Zeissl, Maximilian v., Zur Behandlung des Harnröhrentrippers des Mannes mit Gonosan 474.
— Diagnose und Behandlung der venerischen Krankheiten beim Manne und Weibe 510.
— Über das Rhinosklerom oder Sklerom 575.
— H. v. 233. 239. 556. 557. 559.
Zenker 177. 356. 359.
Zenowsky 298.
Ziegler 512.
— Kurt, Histologische Untersuchungen über das Ödem der Haut und des Unterhautzellgewebes 593.
Ziehl 361. 364. 511.
Zieler 78. 563.
— Karl, Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen 644.
Ziemann 239.
— Hans, Beitrag zur Filariakrankheit des Menschen und der Tiere in den Tropen 407.
Zilocchi, Uber das angioneurotische Ödem oder die Quinckesche Krankheit 595.
Zimmermann, Richard, Ein Fall von Blasenpapillom mit Prolaps durch die Harnröhre 29.
Zittmann 350.
Ziveri, A., Beitrag zum Studium der Resorption durch die Haut 178.
Zschech, Bernhard, Versuche über die Entstehung von Hautalterationen und Glykosurie bei der subcutanen Anwendung der Nebennierenpräparate 215.
Zuccala, Francesco, Uber einen Fall von reflektorischer Anurie 451.
Zuckerkandl 73.
— Otto, und Frisch, Anton von, Handbuch der Urologie 888.
— 888.
Zumbusch, L. v., und Weidenfeld, St., Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen 153. 247
Zuriaga 617.
Zust, Edwin, Über die Beziehungen einiger Infektionskrankheiten (Morbilli, Scarlatina, Diphtherie und Typhus abdominalis) zu den Jahreszeiten 294.

41C 1608



U. HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS.